

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PAR  
STÉPHANIE LALANDE CHARLEBOIS

PRÉDICTEURS DE LA PRÉSENCE COMORBIDE DES SYMPTÔMES DU  
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET DE LA DÉPRESSION CHEZ LES  
MÈRES PRIMIPARES EN POST-PARTUM

JANVIER 2019

## Composition du jury

Prédicteurs de la présence comorbide des symptômes du trouble d'anxiété généralisée et  
de la Dépression chez les mères primipares en post-partum

Stéphanie Lalande Charlebois

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, Ph.D., directeur de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Dominique Lorrain, Ph.D., membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Maryse Benoit, Ph.D., membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

## **Sommaire**

La présence comorbide des symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) et de la Dépression post-partum, en plus d'être très fréquente, est associée à moins de périodes de rémission de symptômes, comparativement à la présence d'un seul des troubles (Prenoveau et al., 2013). Les auteurs en concluent que bien que la présence de ces deux problématiques demeure relativement stable dans le temps lorsqu'aucun traitement n'est entamé, leur présence concomitante est associée à un niveau encore plus élevé de chronicité des symptômes. Elle rendrait aussi les nouvelles mères plus à risque d'être confrontées à des difficultés postnatales. Les facteurs explicatifs de la présence simultanée et de la persistance de ces troubles en post-partum n'ont toutefois pas été étudiés. Dupuy et Ladouceur (2008) identifient trois facteurs pouvant expliquer la concomitance TAG-Dépression, bien qu'auprès d'une population générale, soit l'intolérance à l'incertitude (II), l'attitude négative face aux problèmes (ANP) et l'évitement cognitif (ÉC). Viau-Guay (2011) a aussi observé que ces trois facteurs prédisent l'intensité des inquiétudes durant la période postnatale. Cette thèse vise à vérifier, auprès de nouvelles mères en post-partum, les liens entre, d'une part, ces facteurs cognitifs (II, ANP et ÉC), le soutien social perçu (conjoint, famille et amis), des facteurs sociodémographiques et obstétriques et, d'autre part, la présence concomitante de symptômes TAG-dépressifs. Des mères ont été recrutées et évaluées à huit semaines et à six mois en post-partum. À l'aide de questionnaires diagnostiques, elles ont été divisées en quatre groupes, soit (1) celles qui présentent des symptômes TAG-dépressifs comorbides élevés, (2) les mères ayant des symptômes TAG élevés seulement, (3) celles

ayant des symptômes dépressifs élevés seulement et (4) les mères ayant une absence de symptômes TAG et dépressifs. D'une part, il était attendu que celles présentant des symptômes TAG et dépressifs élevés rapportent des niveaux plus élevés d'II, d'ANP et d'ÉC, de même que moins de soutien social perçu, que les autres groupes de mères. D'autre part, des résultats similaires étaient attendus chez les mères présentant un maintien des deux types de symptômes. Les résultats soutiennent le rôle de variables associées aux facteurs cognitifs, au soutien social perçu et aux consultations psychologiques passées, tels que l'II, la surestimation, le doute, l'évitement des incertitudes, l'ANP, l'ÉC, l'insatisfaction conjugale, le soutien perçu par la famille et les amis, l'isolement social et les consultations psychologiques passées, dans la présence de symptômes comorbides TAG-dépressifs élevés. De plus, les résultats montrent que les mères ayant un maintien des symptômes TAG-dépressifs éprouvent de la difficulté à tolérer les situations incertaines de façon générale, évitent les incertitudes, adoptent une attitude négative face aux problèmes, font de l'évitement cognitif et se sentent plus isolées que les mères ne maintenant pas leurs symptômes comorbides dans le temps. Il est possible que les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés présentent davantage d'II, d'ANP et d'ÉC en comparaison avec les autres groupes de mères étant donné leurs biais cognitifs plus rigides qui les amènent à évaluer subjectivement plus de danger, notamment en contexte de nouveauté associé à leur première expérience de maternité. Elles pourraient alors mobiliser des mécanismes cognitifs et comportementaux associés à l'II, l'ANP et l'ÉC pour tenter de diminuer leur inconfort. Cette étude présente plusieurs forces, telles qu'un grand échantillon de participantes, ce

qui permet un plus grand potentiel de généralisation des résultats à l'ensemble des mères ainsi qu'avoir deux temps de mesure afin de tenir compte de l'évolution de leurs symptômes. Par ailleurs, bien que les symptômes TAG-dépressifs soient évalués à partir de questionnaires présentant de bonnes propriétés psychométriques, il est possible que certaines mères aient sous ou sur évaluées leurs symptômes TAG et dépressifs. Cette étude permet d'identifier des pistes à considérer pour comprendre la comorbidité TAG-Dépression postnatale et le maintien des symptômes. Ces informations aideront possiblement au développement de modèles explicatifs de ces problématiques en plus d'envisager des pistes de prévention et d'intervention.

**Mots-clés :** TAG, Dépression, comorbidité, post-partum, facteurs explicatifs, stabilité

## **Remerciements**

Le parcours du Doctorat fut une aventure à travers laquelle j'ai pu apprendre et grandir énormément. Au début de mes études, je n'avais pas connaissance de l'ampleur du travail qu'une thèse pouvait représenter. En cours de route, j'ai pu constater tous les sacrifices, mais aussi tous les apports associés à la réalisation d'une thèse. Celle-ci fut définitivement le défi académique le plus ardu que la vie m'a amené à gravir jusqu'à présent. Elle a représenté pour moi, un exercice de patience, de persévérance, de constance, de rigueur et, surtout, de dépassement de soi.

Je remercie l'Université de Sherbrooke pour avoir accepté ma candidature au Doctorat en psychologie, ainsi que tout le corps professoral pour votre encadrement au cours de mes années d'étude. Je suis sincèrement reconnaissante pour le dévouement des enseignants auprès des étudiants; je garde des souvenirs précieux de ces années d'étude.

Je tiens à témoigner mes remerciements à Patrick Gosselin, Ph.D. pour tes idées, tes réflexions, tes connaissances, ton encadrement, ta guidance, ta rigueur et ton attitude positive. Je garde en mémoire de bons souvenirs de nos échanges qui furent toujours très agréables. Je remercie aussi mes correcteurs de projet Audrey Brassard, Ph.D. et François Courcy, Ph.D. pour vos recommandations; celles-ci m'ont permis de m'orienter dans la réalisation de ma thèse. Je remercie aussi Dominique Lorrain, Ph.D. et Maryse Benoit, Ph.D. d'avoir accepté de corriger ma thèse; vos corrections m'ont aussi aidé à l'améliorer.

Je tiens aussi à remercier tous mes amis, ma famille, mes collègues, mes superviseurs qui m'ont accompagnée dans ce processus et influencée de près ou de loin mes réflexions associées à ma thèse : Marie-Claude, Lina, Quentin, Vincent, Charlotte, Léa, Sam, Lise, Raymond, Caroline, François, Antoine, Jean-Claude, Marie, Mélanie, Jean-François, Martin, Marie-France, Anne-Sophie, Camille, Christine, Gina, Anne-Marie, Marie-Céline, Laurie, Catherine, Franke, Lisandre, Nadia, Dave, Nathalie, David et toute l'équipe, Dominique et Chantal.

Finalement, un merci tout spécial à mon conjoint, Stéphane, pour le soutien que tu m'as offert durant cette période. Merci sincèrement, pour avoir été mon pilier bienveillant dans ce parcours; pour m'avoir encouragé à continuer de rédiger lorsque la motivation me manquait et m'avoir ramené dans la réalité en me sortant de mes marathons de rédaction, pour m'avoir soutenu financièrement durant ces dernières années et pour avoir partagé tes connaissances sur les fonctions Word qui ont été bien utiles! Merci pour ces petits gestes qui ont fait toute la différence! Pour toutes ces raisons, cette thèse est en partie la tienne aussi!

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Remerciements .....	vi
Liste des tableaux .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Définition du Trouble d'anxiété généralisée, de la Dépression et de la comorbidité.....	5
Conséquences du TAG et de la Dépression .....	7
Prédicteurs du TAG et de la Dépression .....	12
Facteurs cognitifs .....	12
Soutien social perçu .....	17
Facteurs sociodémographiques .....	20
Facteurs obstétriques .....	23
Objectifs et hypothèses .....	26
Méthode.....	30
Participants et déroulement .....	31
Instruments de mesure .....	34
Mesure des variables sociodémographiques et obstétriques .....	34
Mesure des symptômes du TAG et de la Dépression.....	35
Mesure des variables cognitives .....	37
Mesure du soutien social perçu .....	39
Considérations éthiques .....	41
Analyses et résultats .....	42
Analyses préliminaires .....	43
Analyses principales .....	50
Création des groupes.....	50
Résultats aux analyses de variances et contrastes .....	50



Différences sur le plan des variables cognitives.....	52
Différences sur le plan du soutien social perçu .....	55
Différences sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques .....	57
Différences entre les mères présentant ou non un maintien des symptômes comorbides.....	59
Discussion .....	64
Symptômes TAG-dépressifs élevés et II, ANP et ÉC .....	66
Symptômes TAG-dépressifs élevés et variables de soutien social.....	75
Symptômes TAG-dépressifs élevés et facteurs sociodémographiques-obstétriques	80
Facteurs liés au maintien des symptômes TAG et dépressifs élevés.....	82
Forces et limites de l'étude.....	88
Pertinence et retombées possibles de la recherche .....	92
Pistes futures.....	96
Conclusion .....	99
Références .....	108
Appendice A.....	121
Appendice B.....	126
Appendice C.....	148

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Données descriptives sur les variables sociodémographiques .....	33
2	Statistiques descriptives des postulats de base .....	45
3	Indices de corrélation entre les mesures de variables cognitives et du soutien social perçu avec les mesures associées au TAG et à la dépression.....	48
4	Statistiques associées à la création des groupes basés sur le 66 <sup>e</sup> percentile .....	51
6	Comparaison des mères maintenant leurs symptômes TAG-dépressifs entre la 8 <sup>e</sup> semaine et le 6 <sup>e</sup> mois en post-partum sur le plan des variables cognitives et du soutien social perçu .....	58
7	Moyennes, écarts-types et fréquences des mères présentant un maintien et un non-maintien des symptômes TAG-dépressifs élevés sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques rapportées .....	60
8	Moyennes, écart-type et fréquences des comparaisons de groupes de mères sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques rapportées .....	63

## **Introduction**

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un des troubles anxieux les plus répandus dans la période post-partum. Sa prévalence est estimée à 5 % dans la population générale (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005) en comparaison avec 9,5 % durant la grossesse (Buist, Gotman, & Yonkers, 2011). La prévalence du TAG s'élève entre 0,6 % à 11 % de six à 10 semaines en période de post-partum (Navarro et al., 2008; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005). Certains chercheurs ont utilisé comme critère diagnostique du TAG, une durée d'un mois tandis que d'autres se sont basés sur une durée de six mois, ce qui expliquerait la grande variabilité quant à la prévalence du TAG observée en post-partum. Puis, en lien avec l'humeur, l'association de psychiatrie américaine [APA] rapporte qu'environ 14 % des femmes seraient atteintes de Dépression post-partum. Pour 50 % des mères, leurs symptômes débuteraient durant leur grossesse (APA, 2018). Ensuite, la présence simultanée, appelée comorbidité, d'anxiété et de Dépression serait présente chez environ 13 % des mères à huit semaines en post-partum (Falah-Hassani, Shiri, & Dennis, 2016). Cette comorbidité en post-partum est associée à une plus grande stabilité des symptômes, à moins de rémission, et donc, à un plus grand maintien de la détresse et de l'interférence psychologique comparativement à la présence d'un seul des troubles (Prenoveau et al. 2013).

Prenoveau et al. (2013) ont réalisé une étude longitudinale auprès de 296 mères en post-partum. Les mères ont été évaluées lors de la 9<sup>e</sup> semaine de grossesse, ainsi qu'aux 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois en post-partum. Le TAG et la Dépression ont été mesurés à l'aide d'entrevues structurées et de questionnaires. Les participantes ont été divisées en trois groupes (TAG seul, Dépression seule et comorbidité TAG-Dépression). En plus d'appuyer un plus grand maintien des symptômes chez les mères présentant un TAG et une Dépression comorbides, leurs résultats indiquent aussi que le TAG seul est un prédicteur de la présence ultérieure d'une Dépression. Ces résultats offrent une meilleure connaissance de l'évolution des symptômes comorbides TAG-dépressifs élevés en périnatalité. Néanmoins, la stabilité telle que l'entendent les auteurs est à interpréter avec prudence. Le TAG et la Dépression sont stables s'ils sont présents à au moins deux temps de mesure entre trois et 24 mois en post-partum, même si le trouble n'était pas présent à un des temps de mesure. Ainsi, il aurait pu y avoir une rémission partielle des symptômes, suivi d'une exacerbation de ceux-ci.

Prenoveau et al. (2013), Falah-Hassani et al. (2016) et Sutter-Dallay et al. (2004) suggèrent de poursuivre les recherches sur le sujet afin d'identifier des facteurs pouvant expliquer la stabilité TAG-Dépression postnatale. Aucune étude ne semble avoir tenté de comprendre les facteurs explicatifs de la comorbidité TAG-Dépression en post-partum et leur maintien chez des nouvelles mères. Ceci constituera les objectifs centraux de cette thèse.

## **Contexte théorique**

Cette section décrit et définit la problématique de l'étude, soient la comorbidité du TAG et de la Dépression post-partum. Elle aborde les conséquences associées à l'anxiété et/ou à la Dépression en contexte périnatal et appuie la pertinence de mieux comprendre les facteurs associés à la comorbidité du TAG et de la Dépression postnatale. Les principales recherches portant sur les facteurs de risque cognitifs, sociodémographiques, obstétriques et le soutien social perçu sont exposées. Enfin, cette section présente les objectifs et hypothèses de la thèse.

### **Définitions du Trouble d'anxiété généralisée, de la Dépression et de la comorbidité**

Le TAG se caractérise par la présence d'inquiétudes excessives, difficiles à contrôler. La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) le définit par la présence d'inquiétudes plus d'une journée sur deux durant au moins six mois (APA, 2013). En contexte de post-partum, les principaux thèmes d'inquiétudes chez les mères seraient les préoccupations en lien avec les finances, l'exécution des tâches ménagères, la propreté de leur domicile ainsi que les changements corporels suivant l'accouchement (Wenzel, Haugen, Jackson, & Robinson, 2003). Au moins trois des six symptômes suivants doivent être présents pour confirmer le diagnostic : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tensions musculaires et perturbations du sommeil (APA, 2013).

De son côté, la Dépression post-partum consiste en un trouble dépressif caractérisé ayant débuté lors de la grossesse ou dans les quatre semaines suivant l'accouchement (APA, 2013). La personne doit présenter une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir depuis au moins deux semaines. Au moins cinq de ces sept symptômes doivent être présents : perte ou gains de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, dévalorisation ou culpabilité, diminution de la concentration et présence de pensées de mort récurrentes. Contrairement au *Baby Blues*, les symptômes de la Dépression interfèreraient davantage avec le fonctionnement des mères. Les symptômes du *Baby Blues* ne seraient que d'une durée transitoire suivant l'accouchement. Celui-ci serait le trouble le plus répandu chez les mères en post-partum; soit de 50 à 80 % (National Institute of Mental Health, 2005). Les symptômes feraient leur apparition aux alentours du 3<sup>e</sup> jour après l'accouchement et se résorberaient au cours des deux semaines suivant l'accouchement (APA, 2018). Les symptômes consistent en une humeur labile, des pleurs fréquents, de l'anxiété, de la fatigue, de l'insomnie, de la colère, de la tristesse et de l'irritabilité.

Lorsque deux diagnostics sont présents de façon simultanée, comme le TAG et la Dépression, ils sont dits comorbides. La comorbidité peut être évaluée par diverses modalités selon les études. Certaines études, telles que Provencher et al. (2006) et Stein et ses collègues (2012) identifient la comorbidité TAG-Dépression à l'aide d'entrevue diagnostique. D'autres, telles que Farr, Ko, O'Hara, Burley et Dietz (2014) évaluent la présence d'anxiété comorbide avec de la Dépression par des questionnaires. Quoi qu'il



en soit, les résultats de Prenoveau et ses collègues (2013) montrent que la comorbidité TAG-Dépression semble stable dans le temps, qu'elle soit évaluée sous forme de diagnostic ou de symptômes par questionnaires.

### **Conséquences du TAG et de la Dépression**

Aucune étude ne semble rapporter les conséquences spécifiques de la comorbidité TAG-Dépression en post-partum, à l'exception d'un plus grand maintien des symptômes dans le temps rapporté par Prénoveau et al. (2013). Des études sur l'un ou l'autre des troubles suggèrent cependant des impacts importants pour les mères, l'enfant, la relation mère-enfant et pour la relation conjugale.

Des observations sont faites quant aux conséquences des symptômes TAG et dépressifs chez les mères en post-partum. Notamment, le sentiment d'efficacité personnelle liée à l'adaptation parentale pourrait être altéré chez les mères en présence de symptômes TAG et de Dépression. Par exemple, Porter et Hsu (2003) ont observé, auprès de 61 nouvelles mères que l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs, mesurés par questionnaires avant la naissance et après la naissance de l'enfant, était associée à des niveaux moins élevés de sentiment d'efficacité envers les soins prodigués à l'enfant un mois après l'accouchement.

Le TAG et la Dépression auraient aussi des conséquences chez les enfants. Entre autre, les enfants de mères dépressives présentent plus de risque d'avoir des difficultés

en lien avec leur développement cognitif, comportemental et interpersonnel que les enfants de mères non dépressives; l'effet le plus important est lié au langage et au quotient intellectuel (Stewart et al, 2003). Plus un enfant est exposé à un long épisode de Dépression post-partum, principalement au cours de la première année de vie, plus les effets seraient présents à long terme chez l'enfant (Stewart et al., 2003).

Il est aussi rapporté comme conséquences chez les enfants que l'anxiété élevée des mères est associée à un développement social déficient chez l'enfant, tel qu'entretenir moins de lien d'amitié avec ses pairs. Cet effet serait médié par la surprotection et les soins déficients de la mère (Parker, 1993). Sur le plan émotionnel, Jones et ses collègues (2001) ont observé l'électroencéphalogramme de 16 enfants âgés de 10 mois lorsqu'ils étaient exposés à un stimulus heureux et un triste. Les chercheurs ont observé que les enfants de mères dépressives auraient présenté davantage d'expression négative et moins d'expression positive que les enfants de mères non dépressives. Aussi, les enfants de mères dépressives auraient plus de difficulté quant à la régulation émotionnelle, comme pleurer de façon plus intense, que les enfants de mères non dépressives. Sur le plan social, ils présenteraient moins d'expressions positives en relation avec des étrangers, moins de communication vocale et verbale, souriraient moins et auraient moins d'interaction physique (Stein et al., 2012).

Des impacts du TAG et de la Dépression postnatale sur la relation entre les mères et leur enfant sont aussi rapportés dans les écrits scientifiques. Une étude expérimentale

de Stein et ses collègues (2012), réalisée auprès de 253 mères, dont 90 présentant un TAG et 57 une Dépression à une entrevue structurée, a observé que les mères souffrant du TAG étaient moins engagées dans leur interaction avec leur enfant et répondaient moins à leurs verbalisations que les mères d'un groupe contrôle. Une tendance similaire, bien que non significative, a été observée chez les mères présentant une Dépression. Le fait d'activer expérimentalement les inquiétudes et les ruminations dépressives des mères était associé à une diminution des verbalisations envers l'enfant. Les chercheurs en concluent que ces cognitions négatives, récurrentes dans ces troubles, pourraient être à la base d'un dysfonctionnement présent dès le 10<sup>e</sup> mois postnatal sur le plan de la communication avec l'enfant.

Aussi en lien avec l'attachement entre la mère et l'enfant, Stewart et ses collègues (2003) ont effectué une méta-analyse basée sur les résultats d'articles publiés de 1990 à 2002 portant sur le thème de la Dépression post-partum, dont 78 articles portant sur les effets de cette pathologie sur la relation avec l'enfant et son développement. Ce qui ressort des écrits littéraires rapportés dans cette méta-analyse est que le bébé aurait plus de chance de développer un attachement insécure lorsque la Dépression post-partum de la mère survient lors des 18 premiers mois du post-partum. Lorsque les mères présentent du désintérêt, de la négligence ou de la négativité envers leur enfant de façon persistante, il serait à son tour désintéressé, négligent ou négatif envers leur mère. De plus, Webb et Ayers (2015) ont effectué une recherche systématique de 11 bases de données portant sur les thèmes d'affects négatifs, de la

naissance et de la perception des émotions. Un total de 14 études ont été sélectionnées; celles-ci portant sur les effets de l'anxiété et de la Dépression chez les mères en post-partum. Les résultats montrent que les mères avec anxiété et Dépression identifient plus les émotions négatives (p. ex., la tristesse) et identifient moins les émotions positives (p. ex., la joie), dans le visage de leur enfant. Aussi, les mères ayant une Dépression semblent se désengager plus rapidement des expressions émotionnelles positives et négatives de leur enfant.

Dans le même ordre d'idées, Ohoka et ses collègues (2014) ont évalué 389 femmes quatre fois durant leur grossesse et en post-partum à l'aide de questionnaires portant sur la Dépression et sur le lien entre la mère et l'enfant. L'étude visait à explorer le lien entre les difficultés dans la relation entre la mère et l'enfant et l'humeur de la mère. Les résultats montrent que la qualité du lien entre la mère et son enfant est associée à l'humeur de la mère; les mères ayant une humeur plus dépressive auraient davantage de difficulté à développer un lien de qualité avec leur enfant. De plus, Teti et Gelfand (1991) ont étudié 48 mères présentant une Dépression post-partum et 38 n'en présentant pas afin d'observer l'interaction avec leur bébé âgé entre trois et treize mois. Les chercheurs ont constaté que les attitudes des mères influençaient leurs perceptions envers les difficultés de leur enfant. Les mères dépressives présenteraient des attitudes maternelles plus pessimistes, telles que percevoir davantage que leur enfant a un tempérament difficile; ce qui pourrait escalader en des difficultés dans l'interaction mère-enfant. Aussi, les résultats de Edhborg et ses collègues (2001) appuient aussi des

difficultés d'attachement plus marquées chez les enfants de mères dépressives en comparaison avec les dyades ayant une mère non dépressive. Les mères avaient complété un questionnaire visant à évaluer leur niveau de Dépression à deux mois en post-partum. Elles ont ensuite été filmées avec leur enfant entre la 15<sup>e</sup> et la 18<sup>e</sup> semaine en post-partum. Dans son étude effectuée auprès de 45 mères à deux mois en post-partum, les enfants de mères dépressives présentaient davantage d'attachement insécure et de restriction vis-à-vis leurs émotions positives, comme la joie. Puis, Zlochower et Cohn (1996) ont observé que la durée des silences entre le moment où le bébé vocalise et la mère lui répond est plus longue auprès des mères en Dépression post-partum en comparaison avec les mères ne présentant pas de Dépression. Ces auteurs en concluent que les mères présentant une Dépression post-partum présenteraient une synchronicité moindre avec leur bébé.

En plus des difficultés d'attachement avec leur enfant, l'anxiété en post-partum pourrait aussi mener à des difficultés d'ajustement dans le couple. Notamment, les mères pourraient avoir tendance à s'inquiéter que le père soit moins disponible pour lui offrir du support émotionnel, de l'aide avec les tâches domestiques ou quitte le domicile (Whisman, Davila, & Goodman, 2011). Bigras et Paquette (2000) apportent aussi l'idée que l'anxiété est associée à davantage de difficultés relationnelles dans le couple. La mère étant anxieuse serait plus susceptible d'être préoccupée de ne pas pouvoir compter sur son partenaire au besoin.

Tel que discuté par Bremner, Slater et Butterworth (1997), les enfants sont plus sensibles à la qualité des réponses des parents durant leur début de vie. Considérant cette information ainsi que les impacts quant au développement de l'enfant, à l'attachement mère-enfant ainsi qu'à la relation de couple, l'approfondissement de la recherche liée à la comorbidité TAG-Dépression postnatale apparaît pertinent.

### **Prédicteurs de la Dépression et du TAG**

Aucune étude ne semble avoir porté spécifiquement sur les facteurs explicatifs de la comorbidité TAG-Dépression en post-partum. Des travaux portant sur d'autres populations ou sur un seul des diagnostics suggèrent de considérer les variables cognitives (II, ANP et ÉC), le soutien social perçu (satisfaction conjugale, soutien de la famille et des amis, aide du conjoint pour les soins du bébé et isolement social) et d'autres facteurs, tels que la présence de consultation psychologique dans le passé, les facteurs sociodémographiques (revenu, âge et scolarité) et obstétriques (avortement ou fausse couche et césarienne). Cette section présente les facteurs principalement associés aux symptômes TAG et/ou dépressifs en post-partum ainsi que la définition des concepts abordés (II, ANP, ÉC, soutien social perçu) et des pistes d'explication des liens entre ces variables cognitives et les symptômes TAG-dépressifs.

#### **Facteurs cognitifs**

Dupuy et Ladouceur (2008) ont étudié le lien entre l'intolérance à l'incertitude (II), l'attitude négative face aux problèmes (ANP), l'évitement cognitif (ÉC) et les

croyances quant à l'utilité de s'inquiéter, et la comorbidité TAG-Dépression chez une population générale à partir de questionnaires auto-rapportés et d'une entrevue semi-structurée, administrée en clinique par un psychologue expérimenté et écoutée par un collègue qui établissait un diagnostic par accord interjuge.

Les variables abordées dans l'étude de Dupuy et Ladouceur (2008) (II, ANP et ÉC) se définissent, d'une part pour l'II, comme une tendance à considérer un événement négatif, même très peu probable, comme inacceptable (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). L'II implique une tendance à réagir négativement sur le plan émotionnel, cognitif et comportementale quant à l'incertitude face à diverses situations (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004). Cette composante serait fortement corrélée au développement du TAG. Elle serait aussi associée à une tendance à l'évitement et entraverait le processus de résolution de problème (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Différents facteurs seraient liés à cette composante, soit le désir de prédire le futur, la tendance à figer devant l'incertitude, la tendance à vivre l'incertitude avec détresse et des croyances rigides en lien avec l'incertitude (Berenbaum, Bredemeier, & Thompson, 2008). Cette composante peut engendrer des biais cognitifs qui affectent comment la personne perçoit, interprète et répond à des situations incertaines (Dugas et al., 2004; Francis, Dugas, & Ricard, 2016).

D'autre part, l'attitude négative face aux problèmes (ANP) consiste à percevoir un problème comme un danger pour son bien-être et à être pessimiste ou frustré

(Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1996). Le modèle explicatif de cette composante comprend une première dimension, l’orientation face aux problèmes qui peut être positive, soit voir le problème comme un défi, ou négative, soit voir le problème comme une menace. Puis, une deuxième dimension comprend les styles de résolution de problème adaptatifs, soit rationnel et deux dysfonctionnels, soit évitant et impulsif (D’Zurilla & Goldfried, 1971).

Puis, l’évitement cognitif (ÉC) est une tendance à contrôler le contenu d’une pensée inconfortable dans le but d’éviter d’y penser (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002). Cela peut se manifester par des pensées, telles que « je ne dois pas penser à cela ». L’objet évité peut être une pensée ou un sentiment habituellement désagréable avec lequel la personne ne souhaite pas être en contact. Cette stratégie est associée à une diminution du niveau d’anxiété à court terme, ce qui peut renforcer la tendance à l’utiliser afin de se débarrasser d’un sentiment inconfortable. Toutefois, cette stratégie est associée à un effet rebond des pensées et des sentiments évités, ce qui pousse la personne à devoir fournir un effort supplémentaire pour éviter le contenu d’une pensée lorsqu’elle lui revient en tête et peut être ainsi associé avec de la souffrance (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987).

Dans leur étude, Dupuy et Ladouceur (2008) ont divisé leurs 32 participants en deux groupes [(1) TAG et Dépression, (2) TAG sans Dépression]. Leurs résultats montrent que le groupe TAG-Dépression présenterait davantage d’II, d’ANP et d’ÉC



que le groupe TAG sans Dépression. Les groupes ne différaient pas quant aux croyances sur l'utilité de s'inquiéter. Bien que cette étude appuie la pertinence d'investiguer davantage les facteurs cognitifs propres à la comorbidité TAG-Dépression, les participants ayant un écart trop important quant à la sévérité du TAG et de la Dépression ont été exclus de l'étude, ce qui aurait pu avoir pour impact d'accentuer les similarités chez des patients présentant les deux diagnostics.

Viau-Guay (2011) rapporte que certaines variables étudiées par Dupuy et Ladouceur (2008) seraient pertinentes pour la prédiction du TAG en post-partum. La chercheuse a étudié le lien entre les inquiétudes et l'II, l'ANP et l'ÉC par des questionnaires auprès de 204 mères primipares (qui en sont à leur première grossesse) lors de leur 8<sup>e</sup> semaine en post-partum. Selon ses résultats, l'II et l'ANP prédiraient la tendance à s'inquiéter, mais pas l'ÉC; celui-ci prédirait les difficultés d'adaptation. Cette étude appuie la pertinence de ces facteurs dans la compréhension des symptômes du TAG. Elle ne permet toutefois pas de rendre compte de l'évolution du TAG après la grossesse étant donné la présence d'un seul temps de mesure en post-partum. Il reste à éclaircir si les facteurs et symptômes relevés se maintiennent dans le temps ou s'ils sont liés de façon situationnelle.

Certaines explications concernant le lien entre ces facteurs cognitifs et la comorbidité TAG-Dépression ont été proposées dans la littérature scientifique. L'II, associée à l'évitement de situations dont l'issue est incertaine, engendrerait une baisse

d'activation, associée à la Dépression (Gosselin et al., 2008). Puis, le pessimisme, lié à l'ANP, pourrait exacerber les craintes d'échouer face à un problème, propre à la Dépression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Dupuy & Ladouceur, 2008). Par ailleurs, l'ÉC pourrait augmenter la présence d'inquiétudes par effet rebond, engendrant ainsi une diminution des pensées positives et rationnelles (Wegner et al., 1987) favorisant un discours interne davantage pessimiste, typique de la Dépression. En plus d'un discours interne devenant progressivement davantage pessimiste ainsi que la diminution des pensées positives et rationnelles, la Dépression est associée à la difficulté à se débarrasser des pensées inconfortables; ce même phénomène est observé avec l'anxiété (Edwards & Dickerson, 1987; Rachman, 1981).

Des pistes d'explications sont aussi proposées par le modèle biopsychosocial quant à la présence de pathologies en post-partum (Ross, Sellers, Gilbert Evans, & Romach, 2004). Bien que ce modèle s'applique de façon générale à la présence des troubles psychopathologiques, il apporte des explications préliminaires pouvant s'appliquer à la présence de symptômes TAG-dépressifs au contexte de post-partum. Selon ce modèle, l'anxiété et la Dépression seraient issues de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les mères présentant des vulnérabilités génétiques, telles que des antécédents personnels ou familiaux de trouble de santé mentale, seraient plus à risque de développer un trouble d'anxiété et/ou dépressif. Les changements hormonaux associés à la maternité pourraient aussi engendrer des fluctuations sur le plan de leur humeur et ainsi rendre ces mères davantage vulnérables

en périnatalité. De plus, les facteurs psychologiques, tels que l'utilisation de certains styles cognitifs, pourraient aussi rendre les mères plus à risque de développer un trouble d'anxiété et /ou de l'humeur. Wenzel (2011) rapporte notamment que l'II, l'ÉC, l'ANP et la tendance à s'inquiéter sont corrélés à un risque plus élevé de développer un TAG chez la population en générale. Elle avance l'hypothèse que des liens entre ces variables cognitives et le TAG seraient aussi observés en contexte de post-partum et recommande d'effectuer des études empiriques afin de le valider. Puis, le modèle biopsychosocial considère que les facteurs sociaux, tels qu'un faible revenu, un faible niveau socio-économique ainsi qu'un soutien social inadéquat aux besoins des mères contribueraient à un niveau plus important de stress. La présence de prédispositions biologiques, en contexte de maternité où les hormones fluctuent, de styles cognitifs inadaptés et de perception d'un soutien social inadéquat seraient associés à un risque plus élevé de développer des symptômes TAG et/ou dépressifs, notamment en présence d'un stress important, tel que la venue au monde d'un premier enfant.

### **Soutien social perçu**

Le soutien social perçu est aussi un facteur potentiellement explicatif de la présence de symptômes TAG-dépressifs en post-partum. Celui-ci se définit comme la disponibilité perçue des personnes constituant le réseau social (conjoint, famille et amis) se traduisant par de l'aide pratique dans les tâches ménagères, du soutien empathique, des conseils et de la guidance (Dunkel Schetter & Brooks, 2009; Gottlieb & Bergen, 2010; Thoits, 2011).

Le soutien social perçu serait considéré comme un facteur de protection aidant à faire face à des stressseurs (Taylor, 2011). Ozbay et al. (2007) soutiennent l'hypothèse que le soutien social offrirait une résilience au stress chez les personnes présentant des vulnérabilités génétiques et environnementales. En contrepartie, l'isolement social serait un facteur de risque important associé à l'apparition de psychopathologies. Les prochaines lignes présentent des études portant sur le soutien social et sur les symptômes anxieux et dépressifs afin de souligner la pertinence de ce facteur comme explication de la présence comorbide de ces symptômes en post-partum.

Falah-Hassani et ses collègues (2016) ont évalué les facteurs de risques associés à la comorbidité anxio-dépressive, dont le soutien des proches. Un total de 522 mères ont répondu aux questionnaires auto-rapportés à la 1<sup>ière</sup>, la 4<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine en post-partum. Falah-Hassani. (2016) rapporte que la perception d'un soutien de la part du conjoint serait associée à un plus faible risque de développer une comorbidité anxio-dépressive en post-partum. Selon les résultats de Falah-Hassani et al. (2016), le soutien perçu des autres proches que le conjoint (famille et amis) serait aussi un facteur de protection pour l'anxiété et la Dépression, mais dans une moindre mesure que celui du partenaire. Bien que l'étude de Falah-Hassani et al. (2016) apporte un appui quant à l'importance du soutien du conjoint et, dans une moindre mesure, de la famille et des amis, l'échantillon est toutefois constitué en majorité de femmes en couple ce qui aurait pu accentuer l'impact du soutien perçu du conjoint en comparaison avec celui des autres proches.

Chavis (2016) a exploré les prédicteurs de l'anxiété chez 86 mères primipares jusqu'à deux ans en post-partum à l'aide de questionnaires auto-rapportés. L'auteur a mis en relation, entre autres, le soutien social perçu et le niveau d'anxiété des mères en contrôlant pour la Dépression, le statut socioéconomique et marital. Ses résultats montrent que les mères percevant un soutien adéquat de leur famille et amis présenteraient des niveaux d'anxiété moyens ou faibles. L'auteur propose que la famille et les amis offriraient un soutien affectif, perçu comme davantage aidant par les mères, tandis que le conjoint fournirait un soutien principalement lié aux tâches associées au bébé. Cette possibilité demeure à investiguer davantage. Cette étude a toutefois été menée auprès de mères majoritairement en couple et ayant un niveau socioéconomique élevé ce qui en limite sa généralisation à l'ensemble des mères.

Buist et ses collègues. (2011) ont évalué les facteurs liés au TAG en contexte de maternité à l'aide d'une entrevue semi-structurée ainsi que des questionnaires auto-rapportés avant la grossesse, deux fois au cours de la grossesse et à six mois en post-partum. L'échantillon était composé de 2 793 femmes présentant un TAG, ayant eu un diagnostic de Dépression majeur au cours des cinq derniers mois ou ayant pris des antidépresseurs au cours de la dernière année. Les participantes ont été divisées en quatre groupes, soit (1) pas de TAG durant le 6 mois avant ou pendant la grossesse, (2) TAG durant les 6 mois avant la grossesse, (3) TAG seulement durant la grossesse et (4) TAG 6 mois avant et pendant la grossesse. Les résultats montrent que les mères qui étaient anxieuses avant et pendant la grossesse présentaient des niveaux de soutien social

plus faible en comparaison avec celles des trois autres groupes. L'auteur rapporte qu'un niveau de soutien social plus élevé pourrait contribuer à un sentiment plus fort de capacité à faire face à la parentalité.

Milgrom et ses collègues (2008) ont exploré les facteurs de risque de la Dépression durant la grossesse auprès de 40 333 mères australiennes. Les participantes ont complété des questionnaires auto-rapportés portant sur des facteurs psychosociaux durant leur grossesse et à six semaines en post-partum. Leurs résultats montrent qu'un faible niveau de soutien de la part du conjoint et un historique de Dépression sont de forts prédicteurs de la Dépression prénatale. Bien que cette étude apporte un appui supplémentaire sur les prédicteurs associés à la Dépression, cette étude s'est concentrée exclusivement sur la Dépression. Sachant que l'anxiété et la Dépression sont fortement comorbides notamment durant cette période d'ajustement, il est possible que certaines données associées à des éléments anxieux aient été catégorisées comme des caractéristiques associées à la Dépression, ce qui limite la spécificité des difficultés vécues par les mères rapportées dans cette étude.

### **Facteurs sociodémographiques**

Les études portant sur les facteurs sociodémographiques (l'âge, le revenu, le niveau de scolarité et les antécédents d'anxiété et de Dépression) associés à l'anxiété et/ou aux symptômes dépressifs sont expliquées dans cette section.

Heron et ses collègues (2004) ont exploré l'évolution de l'anxiété et de la Dépression auprès de 8 323 mères durant la 18<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> semaine de grossesse et la 8<sup>e</sup> semaine et 8<sup>e</sup> mois en post-partum à l'aide de questionnaires auto-rapportés en contrôlant pour la présence de Dépression prénatale. Ses résultats témoignent que l'anxiété prénatale prédit la présence de Dépression en post-partum. Ce résultat demeure significatif à la 8<sup>e</sup> semaine et au 8<sup>e</sup> mois en post-partum après que l'auteur ait contrôlé pour la présence de Dépression prénatale. Aussi, la présence d'anxiété post-partum serait aussi significativement précédée d'anxiété durant la période prénatale. Toutefois, l'auteur n'a pas évalué et créé un groupe pour les participants présentant des symptômes mixtes d'anxiété et de Dépression. Il est possible que certains participants figurent dans une catégorie qui ne représente pas fidèlement l'ensemble de leurs symptômes.

L'étude de Buist (2011), dont il a été question plus haut, rapporte qu'il y aurait un risque plus élevé de développer un TAG en post-partum en contexte d'antécédent de TAG. L'auteur propose que, selon le modèle stress-diathèse (p. ex., Burns & Machin, 2013), il est possible que celles-ci présentent des prédispositions génétiques qui s'exacerbent en TAG en situation de stress lié à l'adaptation à la maternité. Bien que l'étude de Buist et ses collègues (2011) appuie l'importance de considérer la présence d'antécédents psychologiques dans l'étiologie du TAG, les participants présentaient un historique passé de Dépression ou prenaient des antidépresseurs, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble des mères.

Britton (2008) a évalué les facteurs associés à l'anxiété postnatale chez 422 mères avec des questionnaires auto-rapportés remplis suite à la décharge de l'hôpital et à un mois en post-partum. Les questionnaires portaient sur les informations médicales, l'historique de psychopathologies et la présence de stress durant la grossesse. Les résultats témoignent que les mères ayant un faible niveau d'éducation ont légèrement plus de chance de développer de l'anxiété étant donné leurs ressources limitées pour satisfaire les demandes liées à leur nouveau rôle maternel. Aussi, un historique de plus de deux ans de Dépression s'est avéré être un prédicteur de la présence d'anxiété à un mois en post-partum. Bien que ces résultats apportent un éclairage sur le rôle des variables socioéconomiques dans la présence d'anxiété, les mères ont toutefois été évaluées juste avant leur décharge de l'hôpital. Elles auraient pu avoir des biais de l'information rapportée par questionnaires étant donné ce contexte.

Dans sa méta-analyse portant sur les prédicteurs de la Dépression post-partum basée sur 84 études publiées entre 1990 et 1999, Beck (2001) rapporte que les prédicteurs les plus forts de la Dépression post-partum seraient d'avoir de l'anxiété ou une Dépression durant la grossesse. L'historique d'une Dépression antérieure serait aussi un prédicteur important de la Dépression ainsi que le soutien social perçu. Les auteurs rapportent que le statut socioéconomique serait un prédicteur modéré de la Dépression post-partum.



La méta-analyse de Stewart et ses collègues (2003) constate que les études effectuées sur l'exploration des prédicteurs de la Dépression post-partum ne permettent pas de conclure que le niveau d'éducation est un prédicteur de la Dépression post-partum, ce qui est inconsistant avec les résultats rapportés dans l'étude de Britton (2008). Toutefois, Stewart (2003) rapporte qu'un historique de Dépression passé est un fort prédicteur de la Dépression postnatale. De plus, un statut socioéconomique faible et l'âge seraient de faibles prédicteurs de la Dépression post-partum. Stewart (2003) rapporte que les écrits scientifiques portant sur le statut socioéconomique et l'âge sont aussi inconsistants. Il est possible que les résultats soient contradictoires concernant le niveau de scolarité, le revenu et l'âge étant donné un nombre de participants plus faible dans certaines catégories associées à ces facteurs (sur et sous représentant certaines classes sociodémographiques), limitant ainsi la portée des résultats.

### **Facteurs obstétriques**

Cette session présente les écrits portant sur les facteurs obstétriques (avortement/fausse couche et césarienne) et la présence de symptômes anxio-dépressifs en post-partum.

Robertson Blackmore et ses collègues (2011) ont examiné les facteurs associés aux fluctuations de l'humeur périnatale en mesurant entre autres les facteurs obstétriques à partir de questionnaires à la 20<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> semaine de grossesse et au 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois en post-partum. L'échantillon était composé de 345 femmes présentant de l'anxiété et de la

Dépression postnatales, ayant un faible niveau socio-économique et faisant partie d'une diversité ethnique. Les auteurs concluent que le nombre de fausses couches prédit la présence de symptômes anxieux et dépressifs dans une grossesse subséquente. Néanmoins, l'échantillon de cette étude est constitué de personnes à haut risque de difficultés psychosociales ce qui en limite la généralisation à l'ensemble des mères.

Clout et Brown (2015) ont exploré le lien entre les facteurs obstétriques, sociodémographique, le stress, l'anxiété et la Dépression en post-partum auprès de 139 mères à la 2<sup>e</sup> semaine et entre le 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois en post-partum à l'aide de questionnaires auto-rapportés. Leurs résultats montrent que les mères ayant eu recours à une césarienne témoignent davantage de stress, d'anxiété et de Dépression que celles n'en ayant pas eu. Les mères présentant de la détresse psychologique se seraient faites conseiller ou auraient davantage fait la demande d'avoir une césarienne. Les auteurs n'ont toutefois créé qu'un seul groupe pour les participants présentant du stress, de l'anxiété et de la Dépression ce qui ne permet pas de distinguer les effets propres à chacun des troubles.

Johnstone, Morris-Yates, Boyce, Harris et Hickey (2001) présentent des résultats contradictoires. Ils ont examiné les facteurs obstétriques, tel que le mode d'accouchement, en tant que facteur de risque pour la Dépression post-partum auprès de 490 mères. Les facteurs obstétriques ont été évalués peu après l'accouchement. La présence de Dépression a été évaluée à huit semaines en post-partum à l'aide de questionnaire auto-rapporté. Leurs résultats ne permettent pas de conclure en la présence

d'un lien significatif entre les complications liées à l'accouchement et une Dépression post-partum. L'étude n'a cependant qu'un seul temps de mesure, ce qui ne permet pas d'étudier l'impact des facteurs obstétricaux dans l'évolution de la Dépression. Il est probable que ces résultats soient contradictoires étant donné que l'étude de Robertson Blackmore et al. (2011) est de type longitudinal et celle de Clout et Brown (2015) contient deux temps de mesure. Une observation répétée aurait pu montrer un impact significatif des facteurs obstétricaux. Ces résultats contradictoires appuient la pertinence d'investiguer l'impact des facteurs obstétricaux sur la comorbidité TAG-Dépression.

Enfin, certains chercheurs soulignent que les mères ayant leur premier enfant présenteraient davantage d'inquiétudes. Kalomiris et Kiel (2016) ont évalué 117 mères et leurs enfants de 24 mois afin d'examiner les différences entre les expériences physiques et affectives des mères primipares et des mères multipares (qui ont eu plus qu'une grossesse) à l'aide de questionnaires, de mesure de cortisol et d'observations de la relation mère-enfant en laboratoire. Leurs résultats témoignent que les mères primipares s'inquiéteraient davantage que les mères multipares et présenteraient plus de réactivité physiologique. Selon les auteurs, le manque d'expérience des mères primipares pourrait contribuer à l'augmentation de leurs inquiétudes. Les chercheurs n'ont toutefois pas contrôlé pour l'impact de l'environnement en laboratoire et le fait d'avoir rempli les questionnaires après la tâche de 90 minutes peut avoir influencé les résultats (présence de fatigue).

En somme, les études rapportées appuient la pertinence de facteurs cognitifs (II, ANP et ÉC) pour expliquer la présence de symptômes TAG-dépressifs comorbides en post-partum. Les travaux faits jusqu'ici appuient l'apport du soutien social perçu (satisfaction conjugale, soutien de la famille et des amis, aide du conjoint pour les soins du bébé et l'isolement social) dans la contribution à la présence d'anxiété. Enfin, des facteurs sociodémographiques (âge, revenu et niveau de scolarité), obstétriques (avortement/fausse couche et césarienne) et les consultations psychologiques passées semblent pertinents à considérer ou à contrôler. Plusieurs résultats observés ne peuvent pour l'instant pas être généralisés à la présence de symptômes TAG-dépressifs chez les mères primipares en post-partum étant donné les différences de population et de symptômes étudiés. Quels sont les facteurs liés à la présence de symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides? Quels facteurs semblent liés au maintien ou à la stabilité de symptômes TAG-dépressifs élevés postnataux?

### **Objectifs et hypothèses**

La présente recherche vise à explorer les variables pouvant être liées aux symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides chez les mères primipares en post-partum, de même que les variables liées au maintien de ces symptômes. Elle vise plus précisément à vérifier si des composantes cognitives (II, ANP, ÉC), le soutien social perçu (satisfaction conjugale, soutien des proches, aide du conjoint pour les soins du bébé et isolement social), les composantes socioéconomiques (âge, revenu, niveau de scolarité, les consultations psychologiques passées pour un problème émotionnel) et

obstétriques (avortement/fausse couche ou accouchement par césarienne) sont liés à la présence comorbide de TAG-Dépression en contexte de post-partum, ainsi qu'au maintien de ces symptômes dans le temps. Les hypothèses suivantes sont postulées :

- (1) les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides postnataux auront des niveaux plus élevés d'II, d'ANP et d'ÉC que les mères ayant des symptômes TAG élevés seuls, dépressifs élevés seuls ou une absence de symptôme TAG-dépressif élevé;
- (2) les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides en post-partum, rapporteront des niveaux plus faibles de soutien social perçu (satisfaction conjugale, soutien de la famille et des amis, aide du conjoint pour les soins du bébé et isolement social) que les mères ayant des symptômes TAG élevés seuls, dépressifs élevés seuls ou une absence de symptôme TAG-dépressif élevé;
- (3) les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides en post-partum, présenteront des différences sur le plan des variables sociodémographiques (âge, revenu, niveau de scolarité), obstétriques (avortement/fausse couche, césarienne), ainsi que davantage de consultations psychologiques passées pour un problème émotionnel que les mères ayant des symptômes TAG élevés seuls, dépressifs élevés seuls ou une absence de symptôme TAG-dépressif élevé. Sur le plan des différences, il est attendu que ces mères aient un niveau socio-économique et d'éducation plus

faible, qu'elles aient davantage vécu de fausses couches, de césariennes lors de l'accouchement et davantage consulté en psychologie dans le passé que les mères ayant des symptômes TAG élevés seuls, dépressifs élevés seuls ou une absence de symptôme TAG-dépressif élevé.

Ces mêmes hypothèses sont reprises en ce qui a trait à des différences attendues entre les mères présentant un maintien de leurs symptômes TAG-dépressifs comorbides en post-partum comparativement aux mères ne présentant pas un maintien de ces symptômes. Il est notamment attendu que :

- (4) Les mères présentant un maintien de leurs symptômes TAG-dépressifs élevés postnataux auront un niveau plus élevé d'II, d'ANP et d'ÉC que les mères ne présentant pas un maintien de ces symptômes;
- (5) Les mères présentant un maintien de leurs symptômes TAG-dépressifs élevés postnataux rapporteront des niveaux plus faibles de soutien social perçu (satisfaction conjugale, soutien de la famille et des amis, aide du conjoint pour les soins du bébé, isolement social) comparativement aux mères ne présentant pas un maintien de ces symptômes;
- (6) Les mères ayant un maintien de leurs symptômes TAG-dépressifs élevés en post-partum, présenteront des différences sur le plan des variables sociodémographiques

(âge, revenu, niveau de scolarité), obstétriques (avortement/fausse couche, césarienne), ainsi que davantage de consultations psychologiques passées pour un problème émotionnel que les mères ne présentant pas des symptômes TAG-dépressifs élevés. Sur le plan des différences, il est attendu que ces mères aient un niveau socio-économique et d'éducation plus faible, qu'elles aient davantage vécu de fausses couches et de césariennes lors de l'accouchement et davantage consulté en psychologie dans le passé comparativement aux mères ne présentant pas un maintien de ces symptômes.

## **Méthode**



La présente section présente le déroulement de l'étude, de même que les caractéristiques de l'échantillon recruté et les considérations éthiques. Les caractéristiques des instruments de mesure utilisés sont présentées ainsi que leurs propriétés psychométriques.

### **Participants et déroulement**

Le recrutement de cette étude a été réalisé à l'intérieur d'une recherche longitudinale plus vaste portant sur les prédicteurs des symptômes anxieux durant la grossesse. Le but de l'étude présentée (Viau-Guay, 2011) était de mieux comprendre le phénomène d'inquiétude des nouvelles mères en post-partum. La démarche parallèle inhérente à la présente thèse a reçu l'approbation éthique institutionnelle avant d'être complétée (voir Appendice A). Le recrutement a été réalisé à l'aide d'annonces sur des babillards de cliniques médicales, d'organismes prénataux et communautaires en Estrie.

Comme critères d'inclusion, les participantes devaient être enceintes ou avoir accouché récemment de leur premier enfant (depuis moins de huit semaines). Elles devaient être disponibles pour remplir une batterie de questionnaires et avoir au moins 18 ans. Les femmes intéressées ont communiqué leur adresse courriel ou leur numéro de téléphone à la responsable de l'étude en la contactant par téléphone ou par courriel. Elles ont ensuite été contactées par téléphone ou par courriel, selon leur préférence. Le contact visait à confirmer leurs coordonnées, leur intérêt à participer à l'étude et leur admissibilité. Elles ont été avisées que leurs informations demeureraient confidentielles

ainsi que du temps estimé nécessaire pour répondre aux questionnaires. Les objectifs de l'étude ont aussi été expliqués, de même que la nature de la participation, les avantages et les inconvénients et leur droit de retrait à tout moment. Les mères ont été informées que les données seraient conservées de façon cryptée et anonyme, séparément des formulaires de consentement, sur un serveur protégé. Un code a été utilisé pour appairer les données des deux passations. Le formulaire de consentement de l'étude et les questionnaires ont été envoyés par la poste aux mères intéressées et éligibles peu avant la huitième semaine en post-partum. Après les avoir complétés, les mères devaient indiquer si elles étaient toujours d'accord pour être recontactées pour un autre temps de mesure. Les questionnaires utilisés sont présentés dans l'Appendice B.

Au total, 173 mères âgées entre 20 et 43 ans ( $M = 28,3$  ans;  $ET = 4,2$  ans) ont retourné les questionnaires lors de la prise de mesure à huit semaines en post-partum. Le Tableau 1 présente certaines caractéristiques des participantes, basées sur les données sociodémographiques récoltées. Tel qu'observé, seulement deux participantes ont rapporté une situation familiale monoparentale, la plupart sont âgées entre 20 et 29 ans (63,0 %) et présentent un revenu familial de 60 000\$ et plus (63,6 %). Près de 90 % de l'échantillon présente un niveau d'éducation post-secondaire. Près de 30 % rapportent avoir subi antérieurement un avortement, une fausse couche ou une césarienne (incluant les césariennes planifiées et non planifiées). Enfin, un peu moins de la moitié des répondantes (44,0 %) rapportent avoir déjà consulté pour des difficultés émotionnelles.

Tableau 1

*Données descriptives sur les variables sociodémographiques*

Variable sociodémographique		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Âge					
	20-29	109	63,01	25,80	2,50
	30-39	63	36,42	33,00	2,50
	40-49	1	0,58	43,00	0,00
	Total	173	100,00	28,40	4,20
		<i>n</i>	%		
Revenu					
	Moins de 20 000\$	7	4,00		
	20 000\$-39 999\$	14	8,10		
	40 000\$-59 999\$	32	18,50		
	60 000\$-79 999\$	52	30,10		
	80 000\$-99 999\$	30	17,30		
	100 000\$ et plus	28	16,20		
	Données manquantes	10	5,80		
	Total	173	100,00		
Scolarité					
	Secondaire	11	6,40		
	Collégiale	62	35,80		
	Universitaire	93	53,80		
	Autre	7	4,00		
	Total	173	100,00		
Avortement/Fausse couche					
	Oui	49	28,30		
	Non	124	71,70		
	Total	173	100,00		
Césarienne					
	Oui	45	26,00		
	Non	122	70,50		
	Données manquantes	6	3,50		
	Total	173	100,00		

Consultation psychologique passée pour un problème émotionnel			
Oui	76	43,90	
Non	97	56,10	
Total	173	100,00	

---

Les mères ayant témoigné un intérêt pour remplir les questionnaires lors d'un deuxième temps de mesure ont été recontactées à six mois en post-partum par téléphone ou par courriel. Les questionnaires, accompagnés d'un formulaire de consentement, leur ont alors été envoyés par la poste, accompagnés d'une enveloppe de retour pré-affranchie. Parmi les mères ayant participé à la première passation en post-partum, 106 d'entre elles ont retourné la deuxième batterie complétée, soit 61,27 % des participantes. Les principales raisons de retrait évoquées pour la complétion du deuxième questionnaire post-partum étaient le manque de temps et d'intérêt; d'autres ont été injoignables. Avant d'être analysées avec le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21, les données ont été saisies en double de façon indépendante par deux assistants puis comparées afin de limiter les risques d'erreur.

### **Instruments de mesure**

#### **Mesure des variables sociodémographiques et obstétriques**

Un questionnaire maison a été créé afin d'évaluer les variables sociodémographiques et obstétriques à l'étude, soit le Questionnaire d'informations générales. Plus précisément, il mesurait les facteurs sociodémographiques (âge, revenu, niveau de scolarité), les facteurs obstétriques (avortement, fausse couche ou césarienne

antérieure) et les consultations passées pour un problème émotionnel. Ces derniers éléments étaient évalués à l'aide de neuf items dichotomiques de type « oui » ou « non ».

### **Mesure des symptômes du TAG et de la Dépression**

Deux premiers questionnaires ont été utilisés afin d'évaluer la sévérité des symptômes associés au TAG de même que les symptômes associés à la Dépression post-partum. Ces questionnaires, ainsi que les suivants, ont été administrés aux deux temps de mesures.

Le Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 2001) mesure la présence et l'intensité des symptômes TAG selon le DSM-V (APA, 2013). Il permet d'évaluer l'ensemble des symptômes du TAG et leur intensité. Il est composé de 11 items. Cinq questions portent sur la composante excessive des inquiétudes, la fréquence des inquiétudes, la difficulté à les contrôler et le niveau d'interférence. Une autre question évalue l'intensité des symptômes somatiques associés au TAG. Les items sont mesurés selon une échelle Likert à huit points d'ancrage. La nature de l'ancrage est différente selon l'item, soit « aucunement excessives » à « complètement excessives », (item 2), « jamais » à « tous les jours » (item 3), « aucune difficulté » à « difficulté extrême » (item 4) et « aucunement » à « très sévèrement » (items 5 à 10 de la question 5 et item 11). Le score obtenu, pouvant aller de 0 à 56, est calculé à l'aide d'une pondération de 1 apportée à la somme des items cognitifs et d'interférence, et de 0,5

apportée à la somme des items somatiques (Deschênes & Dugas, 2013). La sensibilité (84,2 %) et la spécificité du QIA (61,5 %) sont adéquates (Dugas et al., 2001). Il présente une bonne stabilité temporelle test-retest (après neuf semaines) chez les participants cliniques ( $r = 0,75$ ) et chez les participants non cliniques ( $r = 0,82$ ) (Dugas & Francis, 2000). La fidélité inter-juge est soutenue (Dugas et al., 2001) et il a une bonne validité convergente et discriminante (Dugas & Francis, 2000).

L'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS; Cox, Holden, & Savovsky, 1987) mesure la présence des symptômes dépressifs post-partum; un accent est toutefois aussi mis sur les symptômes psychologiques (Cox et al., 1987). La passation peut être faite d'une semaine à 12 mois en post-partum. Ce questionnaire contient 10 items évalués par une échelle de type Likert à quatre points d'ancrage allant de 0 à 3. Les résultats varient de 0 à 30. La sensibilité est bonne (la capacité à détecter les participants présentant vraiment une Dépression post-partum s'échelonne de 0,65 à 1,00 selon diverses études; Boyce, Stubbs, & Todd, 1993; Jadresic, Araya, & Jara, 1995; Carpinello, Pariente, Serri, Costa, & Carta, 1997). La spécificité serait aussi bonne (la capacité à détecter que les participants que ne présentent pas une Dépression post-partum) varie de 0,71 à 0,97; Aydin, Inandi, Yigit, & Hodoglugil, 2004). La cohérence interne est bonne ( $\alpha = 0,76$  à  $0,87$ ; Guedeney & Fermanian, 1998; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Berle, Aarre, Mykletun, Dahl, & Holsten, 2003) et la stabilité temporelle est excellente, bien qu'évaluée après seulement une semaine ( $r = 0,98$ ; 1 semaine) (Guedeney & Fermanian, 1998).

## Mesure des variables cognitives

Trois questionnaires ont été utilisés afin d'évaluer les variables cognitives ciblées dans la présente étude. Le premier visait à évaluer l'II, le deuxième, l'ANP, et le troisième, l'ÉC.

L'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude (III; Gosselin et al., 2008) mesure plusieurs dimensions de l'intolérance à l'incertitude. Il contient deux sections, soit la partie A (15 items) qui porte sur la tendance à considérer les incertitudes inacceptables. Puis, la partie B (30 items) qui porte sur des manifestations cognitivo-comportementales de l'II, soit surestimer les probabilités qu'un événement négatif survienne (items 3, 14, 19, 23 et 29), éviter les situations incertaines, douter en présence d'incertitudes (items 2, 7, 13, 21 et 30), contrôler les situations incertaines (items 4, 10, 18, 24 et 27), s'inquiéter en présence d'incertitude (items 6, 15, 17, 20 et 28) et chercher de la réassurance en présence d'incertitude (items 5, 9, 11, 16 et 25). Dans la présente étude, un score a été comptabilisé pour la partie A ainsi que pour chacune des sous-échelles de la partie B. Notons toutefois qu'aucun score n'a été comptabilisé pour l'échelle « inquiétudes en situations incertaines » puisque ces items chevauchent ceux des symptômes du TAG mesurés par le QIA. L'échelle de réponse est de type Likert à cinq ancrages s'échelonnant de « pas du tout correspondant » à « tout à fait correspondant ». Les scores totaux se situent entre 15 et 75 pour le III-A et entre 5 et 25 pour chacune des cinq sous-échelles de l'III-B. La cohérence interne est bonne (Partie A :  $\alpha = 0,96$ ; Partie B :  $\alpha$  variant entre 0,82 et 0,95 selon les sous-échelles; Gosselin et al., 2008). La stabilité

temporelle est bonne ( $r = 0,78$  à cinq semaines; Gosselin et al., 2008). La validité convergente et de construit sont soutenues (Gosselin et al., 2008).

Le Questionnaire d'Attitude négative face aux Problèmes (QAP; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005) mesure l'attitude cognitive envers les problèmes de la vie quotidienne à partir de 12 items. Il mesure la tendance à voir les problèmes comme une menace, à être pessimiste lorsque confronté à un problème, à douter qu'un problème puisse se résoudre, à douter qu'il existe des solutions possibles et à douter de ses habiletés de résolution de problèmes. L'échelle est de type Likert à cinq ancrages allant de « pas du tout correspondant » à « tout à fait correspondant ». Les résultats obtenus varient entre 12 et 60. Un score total élevé traduit une forte ANP. La cohérence interne du QAP est bonne ( $\alpha = 0,90$ ) et il présente une bonne stabilité temporelle après cinq semaines ( $r = 0,83$ ; Gosselin et al., 2005). La validité factorielle et convergente est supportée (Gosselin et al., 2005).

Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC; Gosselin et al., 2002) mesure le recours à des stratégies d'évitement de pensées inconfortables. Il est composé de cinq dimensions : la distraction (items 8, 10, 12, 13, 21), l'évitement des stimuli des pensées inconfortables (items 7, 9, 16, 18, 22), la suppression de pensées (items 1, 2, 5, 6, 14), la transformation d'images en pensées verbales (items 3, 15, 19, 23, 24) et la substitution de pensées (items 4, 11, 17, 20, 25). Le questionnaire comprend 25 items mesurés à l'aide d'une échelle Likert à cinq ancrages allant de « pas du tout correspondant » à



« tout à fait correspondant » menant à un score entre 25 et 125. La cohérence interne est forte ( $\alpha = 0,95$ ; Gosselin et al., 2002), il a une bonne stabilité temporelle après quatre semaines ( $r = 0,81$ ; Gosselin et al., 2002) et une bonne validité factorielle, convergente et de critère (Gosselin et al., 2002).

### **Mesure du soutien social perçu**

Deux questionnaires ont été utilisés dans le but d'évaluer le soutien social des proches. Le premier mesurait le soutien du conjoint, de la famille et des proches et l'aide de la part du conjoint dans les soins envers le bébé. Puis, le second mesurait le niveau d'isolement ressenti par les mères.

Le Questionnaire d'Auto-Évaluation en Post-Partum (QAEPP; Lederman, Weingarten, & Lederman, 1981) évalue l'adaptation au contexte de maternité. Il contient 82 items. Il est composé de sept dimensions, soit la satisfaction conjugale, la perception des mères quant à la participation du conjoint dans les soins offerts au bébé, la satisfaction liée à l'accouchement, la satisfaction envers les circonstances de la vie, le sentiment de confiance et l'adaptation envers les tâches de la maternité, la satisfaction liée à la maternité et aux soins de l'enfant et le soutien des proches, soit les amis et la famille. Les items figurent sur une échelle Likert à quatre ancrages allant de « pas du tout correspondant » à « tout à fait correspondant ». Les résultats vont de 82 à 328. Dans la présente étude, seules les échelles évaluant les dimensions suivantes ont été utilisées : la qualité de la relation avec le conjoint (items 4, 10, 24, 31, 37, 38, 39, 43, 45, 49, 55,

56), la perception de la participation du conjoint dans les soins du bébé (items 2, 7, 13, 16, 21, 32, 54, 57, 65, 71, 74), et le soutien des proches, soit les amis et la famille (items 15, 19, 29, 40, 46, 62, 66, 69, 72, 77, 78, 80). Un score élevé pour chaque dimension traduit la présence de faible soutien social perçu. La cohérence interne est adéquate ( $\alpha$  entre 0,73 et 0,90 selon les échelles à six semaines en post-partum; Lederman et al., 1981). La traduction maison en langue française a une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,93$ ; Viau-Guay, 2011).

L'Indice de Stress Parental (ISP, Abidin, 1995; validation francophone : Abidin, Bigras, & Lafrenière, 1996) mesure le stress des mères lié au contexte de maternité à l'aide de 101 items. Il est divisé en deux domaines. Le premier porte sur la maternité et est composé de sept dimensions: la Dépression, le sentiment de compétence, l'investissement dans le rôle maternel, les relations de couple, l'isolement social, la santé et le sentiment de limitation associé au rôle de mère. Le deuxième aborde les perceptions des mères envers leur bébé soit, l'adaptation, les demandes, l'humeur, l'hyperactivité, l'acceptation et le renforcement. L'échelle est de type Likert à cinq ancres allant de « profondément en désaccord » à « profondément d'accord ». Les résultats varient entre 47 et 234. Dans la présente étude, huit items découlant de la dimension de l'isolement social ont été retenus afin d'évaluer le soutien perçu des proches (amis et famille). L'instrument possède une bonne fidélité ( $\alpha = 0,75$ ) et d'excellentes validités de contenu, de concurrence et de construit (Bigras et al., 1996). La version française présente de bonnes propriétés psychométriques (Bigras et al., 1996).

### **Considérations éthiques**

Étant donné que l'étude portait sur la présence de symptômes TAG-dépressifs, certains aspects éthiques sont à considérer. Des références de services d'aide psychologique étaient remises aux mères afin qu'elles puissent bénéficier d'un traitement psychologique au besoin. Tel que mentionné, la participation à l'étude était effectuée sous une base volontaire; les mères étaient avisées qu'elles pouvaient se désister en tout moment. Les participantes ont été avisées que leurs informations demeureront confidentielles (un numéro a été assigné à chaque participante). Au début du questionnaire, les mères se sont identifiées avec un code anonyme et unique afin de faciliter la reconnaissance des participantes aux divers temps de mesure. Un bref résumé de l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement (voir Appendice A) rappelant les éléments éthiques était à signer avant de remplir les questionnaires aux deux temps de mesure, tels que le but, la confidentialité, les avantages et les inconvénients liés à l'étude.

## **Analyses et résultats**

La présente section comporte les résultats des analyses préliminaires réalisées. Elle vise aussi à présenter la création des groupes de mères et les types d'analyses qui ont été effectuées, soit des analyses de variances, suivies d'analyses de contrastes au besoin ainsi que des tests t et de khi carré. Les résultats obtenus aux analyses sont présentés pour chacune des variables à l'étude (c.-à-d., cognitives, soutien social perçu, sociodémographiques et obstétriques), ainsi que pour le maintien de leurs symptômes entre la 8<sup>e</sup> semaine et le 6<sup>e</sup> mois en post-partum. Les résultats des mères ayant des symptômes TAG-dépressifs comorbides sont présentés en comparaison avec ceux des autres groupes de mères.

### **Analyses préliminaires**

Les postulats de base des analyses ont été vérifiés, soit l'indépendance des observations, la normalité des variables continues et l'homogénéité des variances (Field, 2013). Les observations permettent de constater que les groupes sont indépendants les uns des autres et que l'homogénéité des variances a été rencontrée. La normalité a été vérifiée avec les indices d'asymétrie et d'aplatissement pour les variables représentées par le QIA, l'EPDS, l'III, le QAP, le QEC, le QAEPP et l'ISP. Les résultats ne se situent pas tous entre -1,00 et 1,00. Des corrections ont été appliquées afin d'obtenir une distribution normale. Puisque ces corrections ne modifiaient pas significativement les

résultats de l'étude, les variables originales, non transformées, ont été conservées. Les indices d'asymétrie et d'aplatissement ainsi que d'autres statistiques descriptives des instruments utilisés dans l'étude sont présentés au Tableau 2.

Des corrélations, des tests  $t$  et des analyses de variances (ANOVA) ont été effectuées afin de vérifier la présence de liens entre d'une part, les facteurs sociodémographiques (âge, revenu, niveau de scolarité), obstétriques (avortement/fausse couche et césarienne), la présence ou non de consultations passées pour un problème émotionnel et d'autres parts, les symptômes TAG (QIA) et dépressifs (EPDS). Lors des corrélations, l'âge (QIA;  $r(171) = 0,046$ ,  $p = 0,547$ , EPDS;  $r(170) = -0,003$ ,  $p = 0,965$ ) et le revenu (QIA;  $r(159) = -0,022$ ,  $p = 0,785$ , EPDS;  $r(160) = -0,003$ ,  $p = 0,968$ ) ne se sont pas avérés liés significativement aux mesures de symptômes. Les résultats des ANOVA et des tests  $t$  ne permettent pas de conclure que les symptômes TAG et dépressifs diffèrent en fonction du dernier niveau de scolarité complété (QIA;  $F(1, 169) = 0,783$ ,  $p = 0,377$ , EPDS;  $F(1,168) = 0,502$ ,  $p = 0,480$ ), de la présence ou non de césarienne (QIA;  $t(163) = -1,018$ ,  $p = 0,310$ , EPDS;  $t(162) = -1,083$ ,  $p = 0,280$ ), ou d'un avortement ou d'une fausse couche (QIA;  $t(169) = -0,0303$ ,  $p = 0,762$ , EPDS;  $t(168) = 0,069$ ,  $p = 0,945$ ). Seul le fait d'avoir déjà consulté ou non antérieurement pour un problème émotionnel est apparu lié positivement aux

Tableau 2

*Statistiques descriptives des postulats de base*

Variable dépendante	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum ( <i>n</i> = 159)						6 <sup>e</sup> mois en post-partum ( <i>n</i> = 103)					
	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Aplatissement	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Asymétrie	Aplatissement
QIA	0	48	16,67	11,30	0,62	-0,28	0,5	42	15,18	9,82	0,79	0,17
EPDS	0	24	5,84	4,71	1,39	2,37	0	17	4,61	4,10	1,19	0,93
III-A	15	68	33,10	13,46	0,78	-0,36	16	61	32,72	12,46	0,71	-0,56
III-B Surestimation	5	25	11,69	6,07	0,64	-0,81	5	25	11,02	5,53	0,58	-0,86
III-B Évitement	5	25	9,32	4,20	1,30	1,63	5	20	8,92	3,77	1,00	0,31
III-B Doute	5	25	12,06	4,84	0,68	-0,25	5	24	11,95	4,76	0,53	-0,66
III-B Contrôle	5	25	11,23	5,20	0,62	-0,39	5	24	11,13	4,98	0,65	-0,46
III-B Réassurance	5	25	12,94	4,66	0,6	-0,42	5	22	12,04	3,98	0,60	-0,19
QAP	12	52	22,33	9,25	1,19	0,80	12	45	20,88	7,95	0,87	-0,35
QEC	25	99	44,34	15,77	1,11	0,82	25	88	44,16	14,96	0,77	0,00

QAEPP Satisfaction conjugale	17	46	23,32	5,90	1,14	1,01	17	43	24,30	6,45	0,91	0,15
QAEPP Aide conjoint	16	42	20,04	4,40	1,69	3,97	16	31	19,58	3,80	1,20	0,81
QAEPP Soutien famille et amis	20	39	24,41	4,36	1,15	1,06	20	44	24,68	4,75	1,20	1,59
ISP Isolement social	6	25	12,51	4,13	0,54	-0,09	6	23	12,98	4,23	0,42	-0,48

---

*Note.* QIA: Questionnaire des inquiétudes et de l'anxiété; EPDS: Échelle de Dépression post-natal d'Édimbourg; III: Inventaire des inquiétudes et de l'anxiété; QAP: Questionnaire d'attitude envers les problèmes; QEC: Questionnaire d'évitement cognitif; QAEPP: Questionnaire d'auto-évaluation en post-partum et ISP: Indice de stress parental.



symptômes TAG et dépressifs. Les mères rapportant avoir déjà consulté présentent un score plus élevé de symptômes TAG et dépressifs que les mères n'ayant pas consulté (QIA;  $t(169) = 3,93, p < 0,001$ , EPDS;  $t(168), 2,96, p = 0,003$ ).

Des analyses de corrélations de Pearson ont aussi été réalisées pour vérifier les liens entre les variables cognitives et l'intensité des symptômes TAG et dépressifs, soit l'II, l'ANP et l'ÉC (voir Tableau 3). Ces corrélations, réalisées indépendamment pour chaque temps de mesure, visent à explorer, de façon préliminaire, les liens entre l'intensité des symptômes du TAG et la Dépression et les variables cognitives et le soutien social perçu. À huit semaines et à six mois en post-partum, l'II (III), l'ANP (QAP), l'ÉC (QEC), la « Satisfaction conjugale » (QAEPP), le « Soutien des amis et de la famille » (QAEPP) et l'« Isolement social » (ISP) présentent des liens significatifs d'intensité modérée à élevée avec les symptômes du TAG (QIA) et les symptômes dépressifs (EPDS). Toutefois, les corrélations ne permettent pas de conclure en la présence de lien significatif entre l'intensité des symptômes TAG (QIA) et dépressifs (EPDS) et l'« Aide du conjoint pour les soins du bébé » (QAEPP), et ce, à aucun des temps de mesure post-partum.

Tableau 3

*Indices de corrélation entre les mesures de variables cognitives et du soutien social perçu avec les mesures associées aux symptômes TAG et à la Dépression*

Variable dépendante	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum		6 <sup>e</sup> mois en post-partum	
	QIA	EPDS	QIA	EPDS
III-A <sup>a</sup>	0,64**	0,51**	0,54**	0,42**
III-B Surestimation <sup>a</sup>	0,60**	0,53**	0,61**	0,52**
III-B Évitement <sup>a</sup>	0,54**	0,47**	0,52**	0,47**
III-B Doute <sup>a</sup>	0,63**	0,55**	0,60**	0,48**
III-B Contrôle <sup>a</sup>	0,42**	0,31**	0,36**	0,26**
III-B Réassurance <sup>a</sup>	0,55**	0,44**	0,54**	0,41**
QAP <sup>a</sup>	0,67**	0,63**	0,66**	0,62**
QEC <sup>a</sup>	0,54**	0,53**	0,47**	0,50**
QAEPP Satisfaction conjugale <sup>a</sup>	0,30**	0,36**	0,37**	0,36**
QAEPP Aide du conjoint <sup>a</sup>	0,14	0,15	0,14	0,14
QAEPP Soutien famille et amis <sup>a</sup>	0,39**	0,39**	0,37**	0,38**
ISP Isolement social <sup>a</sup>	0,49**	0,47**	0,50**	0,47**

*Note.* III: Inventaire des inquiétudes et de l'anxiété; QAP: Questionnaire d'attitude envers les problèmes; QEC: Questionnaire d'évitement cognitif; QAEPP: Questionnaire d'auto-évaluation en post-partum et ISP: Indice de stress parental.

<sup>a</sup> Les questionnaires sont mesurés au même temps de mesure que le Questionnaire des inquiétudes et de l'anxiété (QIA) et l'Échelle de Dépression post-natal d'Édimbourg (EPDS) réciproques. Par exemple, le QAP à huit semaines est corrélé avec le QIA à huit semaines.

\* $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

## **Analyses principales**

### **Création des groupes**

Les mères ayant répondu à chacun des temps de mesure ont ensuite été réparties en quatre groupes selon leurs scores obtenus au QIA et à l'EPDS. Un score critère, correspondant au score du 66<sup>e</sup> percentile à ces instruments a été utilisé pour la répartition à chacun des temps de mesure (voir Tableau 4). Cette méthode a été retenue puisque, à notre connaissance, aucun score critère n'est disponible dans la littérature concernant l'intensité des symptômes du TAG au QIA en périnatalité et parce que les symptômes du TAG (p.ex., tendance à s'inquiéter) et de la Dépression sont présents chez chaque individu selon un continuum d'intensité. Le Tableau 4 illustre aussi les moyennes et écarts-types de chacun des groupes créés au QIA et à l'EPDS.

### **Résultats aux analyses de variances et contrastes**

Des analyses de variance (ANOVA) ont été effectuées en utilisant les groupes formés et les variables dépendantes de chacun des temps de mesure (c-à-d., variables cognitives et variables de soutien social perçu). Lors de différences significatives, celles-ci ont été suivies de contrastes planifiés (groupe « symptômes TAG et dépressifs élevés » versus les trois autres groupes de mères) afin de déterminer entre quels groupes elles se situent. Les résultats des ANOVA, qui apparaissent au Tableau 5 (voir Appendice C), permettent de relever plusieurs différences entre les groupes « symptômes TAG et dépressifs élevés », « symptômes TAG élevés seulement », « symptômes dépressifs élevés seulement » et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé », à la 8<sup>e</sup> semaine en post-partum ainsi qu'au 6<sup>e</sup> mois en post-partum. Celles-ci sont présentées dans le texte qui suit pour chaque catégorie de variables.

Tableau 4

*Statistiques associées à la création des groupes basés sur le 66e percentile*

Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
	QIA				EPDS			QIA				EPDS		
	<i>n</i>	Score critère	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Score critère	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>n</i>	Score critère	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Score critère	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Symptômes TAG et dépressifs élevés	42	≥ 20	30,27	7,58	≥ 7	11,50	4,82	24	≥ 17,50	28,64	7,32	≥ 5	9,65	3,75
Symptômes TAG élevés seulement	18	≥ 20	27,17	6,46	< 7	4,72	1,57	13	≥ 17,50	21,35	3,86	< 5	2,62	0,96
Symptômes dépressifs élevés seulement	19	< 20	13,11	4,36	≥ 7	8,79	1,96	19	< 17,50	12,71	3,12	≥ 5	7,05	2,88
Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	89	< 20	9,11	5,72	< 7	2,85	1,91	50	< 17,50	8,06	4,63	< 5	1,79	1,47
Total	168		16,79	11,31		5,89	4,71	106		15,18	9,82		4,61	4,10

*Note.* III : Inventaire des inquiétudes et de l'anxiété; QAP : Questionnaire d'attitude envers les problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; QAEPP : Questionnaire d'auto-évaluation en post-partum; ISP : Indice de stress parental.

### **Différences sur le plan des variables cognitives**

Les résultats des ANOVA montrent premièrement une différence entre les groupes de mères sur le plan du score total d'intolérance à l'incertitude (III-A), et ce, pour chacun des temps de mesure. Les analyses des contrastes révèlent que, à huit semaines et à six mois en post-partum, les mères ayant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » présentent un score global d'intolérance à l'incertitude significativement plus élevé que les mères des groupes « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,016$ ; 6 mois :  $p = 0,003$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Les résultats des comparaisons avec les mères du groupe « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,181$ ; 6 mois :  $p = 0,359$ ) s'avèrent non significatifs.

Sur le plan de la tendance à surestimer les probabilités d'occurrence d'un événement négatif en situations incertaines (III-Surestimation), les résultats révèlent que, à huit semaines et à six mois en post-partum, les mères ayant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » présentent un score significativement plus élevé que les mères de chacun des autres groupes, soit « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,002$ ; 6 mois :  $p = 0,003$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ).

Des résultats similaires sont aussi observés à l'échelle Évitement des incertitudes (III-B Évitement) et Doute en situations incertaines (III-B Doute). À huit semaines et à six mois en post-partum, les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score d'Évitement des incertitudes significativement plus élevé que les mères des groupes « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,018$ ; 6 mois :  $p = 0,002$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,001$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Elles présentent aussi un score significativement plus élevé de Doute en situations incertaines que les mères des autres groupes, soit « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,039$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,002$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ).

Sur le plan du contrôle en situations incertaines, les résultats révèlent que les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score significativement plus élevé que les mères du groupe « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,002$ ). Les résultats des comparaisons avec les mères du groupe « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :

$p = 0,101$ ; 6 mois :  $p = 0,787$ ) et « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,082$ ; 6 mois :  $p = 0,108$ ) s'avèrent non significatifs.

Les résultats des contrastes réalisés sur l'échelle de réassurance en situations incertaines (III-B Réassurance) montrent que les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score significativement plus élevé que les mères des groupes « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,016$ ; 6 mois :  $p = 0,002$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Les résultats des comparaisons avec les mères du groupe « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,084$ ; 6 mois :  $p = 0,227$ ) s'avèrent non significatifs.

Les ANOVA révèlent également des différences significatives entre les groupes de mères en ce qui a trait à l'attitude négative face aux problèmes (QAP) et l'évitement cognitif (QEC). Les contrastes révèlent que, à huit semaines et à six mois en post-partum, les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score d'Attitude négative face aux problèmes (QAP) significativement plus élevé que les mères des autres groupes, soit « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,002$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,005$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Elles présentent aussi un score significativement plus élevé d'Évitement cognitif (QEC) que les mères des autres



groupes, soit « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,003$ ; 6 mois :  $p = 0,063$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Notons toutefois que la différence entre les mères du groupe « symptômes TAG-dépressifs élevés » et celles du groupe « symptômes dépressifs élevés seulement » s'avère marginale, mais non significative, à six mois en post-partum.

### **Différences sur le plan du soutien social perçu**

Des ANOVA visant à déterminer s'il existe une différence entre les groupes de mères quant aux variables de soutien social perçu permettent de constater des différences entre les groupes au plan de la satisfaction conjugale, du soutien de la famille et des amis et de l'isolement social. Aucune différence n'est observée sur le plan de l'aide du conjoint pour les soins du bébé (voir Tableau 5). Des analyses de contrastes précisent la nature de ces différences.

Concernant la Satisfaction conjugale (QAEPP), les résultats des contrastes montrent que les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score de satisfaction conjugale (QAEPP) significativement plus faible que les mères des groupes « symptômes TAG élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,004$ ; 6 mois :  $p = 0,331$ ) et « symptômes dépressifs élevés seulement » à huit semaines en post-partum (8 sem. :  $p = 0,007$ ; 6 mois :  $p = 0,081$ ) et avec les mères du groupe

« absence de symptôme TAG et dépressif élevé » aux deux temps de mesure (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ).

Par rapport au Soutien de la famille et des amis (QAEPP), les analyses de contrastes dénotent que les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score de Soutien de la famille et des amis (QAEPP) plus faible en comparaison avec les mères des groupes « symptômes TAG élevés seulement » à huit semaines en post-partum (8 sem. :  $p = 0,001$ ; 6 mois :  $p = 0,355$ ) et avec les mères du groupe « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » aux deux temps de mesure (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). Les résultats ne permettent pas de conclure à une différence avec les mères du groupe « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $p = 0,074$ ; 6 mois :  $p = 0,404$ ).

En ce qui a trait à l'Isolement social (ISP), les résultats montrent que les mères présentant à la fois des « symptômes TAG et dépressifs élevés » rapportent un score d'Isolement social (ISP) significativement plus élevé que les mères des groupes « symptômes TAG élevés seulement » à six mois en post-partum (8 sem. :  $p = 0,341$ ; 6 mois :  $p = 0,059$ ), « symptômes dépressifs élevés seulement » à huit semaines postnatales (8 sem. :  $p = 0,021$ ; 6 mois :  $p = 0,072$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé » aux deux temps de mesure (8 sem. :  $p < 0,001$ ; 6 mois :  $p < 0,001$ ). La différence observée pour les mères ayant des symptômes TAG seuls élevés est toutefois marginale.

### **Différences sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques**

Des ANOVA et des analyses de khi carré ont été réalisées, sur les données de chaque temps de mesure, afin de comparer les quatre groupes de mères sur le plan de l'âge, du revenu et de la scolarité, de même que sur le plan de la présence d'avortement ou de fausse couche, de césarienne et de consultation psychologique passées pour un problème émotionnel. Les différences entre les groupes sur le plan de l'âge (8 sem. :  $F(3, 164) = 0,924, p = 0,431$ ; 6 mois :  $F(3, 102) = 0,706, p = 0,550$ ), du revenu (8 sem. :  $F(3, 154) = 0,068, p = 0,977$ ; 6 mois :  $F(3, 95) = 1,111, p = 0,349$ ), du niveau de scolarité (8 sem. :  $\chi^2(3) = 4,315, p = 0,229$ ; 6 mois :  $\chi^2(3) = 2,553, p = 0,466$ ), des avortements et des fausses couches (8 sem. :  $\chi^2(3) = 0,826, p = 0,843$ ; 6 mois :  $\chi^2(3) = 5,974, p = 0,113$ ) et des césariennes (8 sem. :  $\chi^2(3) = 2,807, p = 0,422$ ; 6 mois :  $\chi^2(3) = 2,328, p = 0,507$ ) s'avèrent non significatifs. Seuls les khis carrés comparant les quatre groupes sur le plan de la présence ou non des consultations psychologiques passées pour un problème émotionnel montrent une différence significative (8 sem. :  $\chi^2(3) = 12,48, p = 0,006$ ; 6 mois :  $\chi^2(3) = 9,61, p = 0,022$ ). Les résultats sont présentés dans le Tableau 6.

Des khi carrés visant à préciser entre quels groupes se situent les différences montrent que les mères ayant à la fois des « symptômes TAG-dépressifs élevés » rapportent davantage de consultations passées pour un problème émotionnel que les mères du groupe « symptômes TAG élevés seulement » à six mois en post-partum

Tableau 6

*Moyennes, écarts-types et fréquences des comparaisons de groupes de mères sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques rapportées*

Variable dépendante	Catégorie	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum								6 <sup>e</sup> mois en post-partum							
		Symp. TAG et dépres. élevés		Symp. TAG élevés seuls		Symp. dépressifs élevés seuls		Absence de symp. TAG et dépressif élevé		Symp. TAG et dépressifs élevés		Symp. TAG élevés seuls		Symp. dépressifs élevés seuls		Absence de symp. TAG et dépressif élevé	
		(n = 42)		(n = 18)		(n = 19)		(n = 89)		(n = 24)		(n = 13)		(n = 19)		(n = 50)	
		M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Âge	-	29,12	4,76	27,61	3,38	27,53	4,02	28,33	3,99	30,08	4,81	28,77	3,86	28,26	3,81	28,92	4,33
Revenu	-	3,98	1,35	4,11	1,13	4,13	1,63	4,05	1,36	4,04	1,19	4,69	1,03	3,89	1,49	3,96	1,48
Fréquences																	
Scolarité	Primaire, secondaire et collégial	19		11		11		35		12		5		5		21	
	Universit.	23		7		8		54		12		8		14		29	
Avortement/ Fausse couche	Oui	14		5		5		23		11		1		5		16	
	Non	28		13		14		66		13		12		14		34	
Césarienne	Oui	12		5		8		20		7		3		2		12	
	Non	28		13		11		65		17		10		17		35	
Consult. psychol. passée	Oui	28		9		6		32		17		5		7		17	
	Non	14		9		13		57		7		8		12		33	

*Note.* Abréviations : Consult. Psycho. : consultation psychologique, Universit. : Université, Symp. : symptômes, Dépres : dépressif(s).

(8 sem. :  $\chi^2 = (3) = 1,48, p = 0,224$ ; 6 mois :  $\chi^2 = (3) = 3,67, p = 0,056$ ), et avec les mères des groupes « symptômes dépressifs élevés seulement » (8 sem. :  $\chi^2 = (1) = 6,53, p = 0,011$ ; 6 mois :  $\chi^2 = (1) = 4,96, p = 0,026$ ) et « absence de symptôme TAG et dépressif élevé », (8 sem. :  $\chi^2 = (1) = 10,84, p = 0,001$ ; 6 mois :  $\chi^2 = (1) = 8,86, p = 0,003$ ) aux deux temps de mesure. Toutefois, la différence entre les mères présentant des symptômes comorbides et celles ayant des symptômes TAG seulement à six mois postnataux est marginale.

### **Différences entre les mères présentant ou non un maintien de la comorbidité**

Des tests *t* pour échantillons indépendants ont été effectués afin de comparer les mères présentant un maintien de leurs symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides postnataux aux mères ne présentant pas un maintien de leurs symptômes entre la huitième semaine et le sixième mois en post-partum. Les résultats en lien avec les variables cognitives, apparaissant au Tableau 7, montrent que les mères du groupe « maintien de symptômes TAG-dépressifs élevés » présentent significativement davantage d'Intolérance à l'incertitude (IIIA et « évitement »), d'ANP (QAP), d'ÉC (QEC) et Isolement social (ISP) en comparaison avec les mères du groupe « non-maintien de symptômes TAG-dépressifs élevés ».

Enfin, des tests *t* et des analyses de khi carré ont été réalisés afin de comparer les mères présentant un maintien des symptômes TAG-dépressifs élevés aux mères ne

Tableau 7

*Comparaison des mères maintenant leurs symptômes TAG-dépressifs élevés entre la 8e semaine et le 6e mois en post-partum sur le plan des variables cognitives et du soutien social perçu*

Variable dépendante	<i>F</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>	Maintien		Non-maintien	
				<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
III-A	-2,185	19	0,042**	46,36	13,56	33,29	11,43
III-B Surestimation	-1,647	19	0,116	17,79	4,37	14,00	6,06
III-B Évitement	-2,551	19	0,020*	13,43	4,52	8,71	2,50
III-B Doute	-1,268	19	0,220	17,86	3,42	15,71	4,11
III-B Contrôle	0,000	19	1,000	13,13	5,07	13,14	5,18
III-B Réassurance	-0,728	19	0,475	16,79	4,59	15,14	5,43
QAP	-3,055	19	0,007**	36,36	8,24	25,29	6,85
QEC	-2,989	19	0,008**	65,71	17,28	44,86	8,51
QAEPP Satisfaction conjugale	-0,757	19	0,458	27,49	7,72	25,00	5,51
QAEPP Aide du conjoint	-0,122	19	0,904	22,36	7,21	22,00	3,74

QAEPP Soutien famille et amis	0,080	19	0,937	27,50	4,88	27,71	7,37
ISP Isolement social	-3,288	19	0,004**	16,64	3,54	11,43	3,16

---

*Note.* III: Inventaire des inquiétudes et de l'anxiété; QAP: Questionnaire d'attitude envers les problèmes; QEC: Questionnaire d'évitement cognitif; QAEPP: Questionnaire d'auto-évaluation en post-partum et ISP: Indice de stress parental.

\* $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

présentant pas un maintien de leurs symptômes sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques rapportées.

Les résultats ne permettent pas de conclure à la présence de différence sur le plan de l'âge ( $F(19) = 0,353$ ,  $p = 0,728$ ), du revenu ( $F(18) = -0,996$ ,  $p = 0,332$ ), de la scolarité ( $\chi^2(1) = 0,00$ ,  $p = 1,000$ ), de présence ou non d'avortement ou de fausse couche ( $\chi^2(1) = 0,875$ ,  $p = 0,350$ ), de présence ou non de césarienne lors de l'accouchement ( $\chi^2(1) = 0,045$ ,  $p = 0,831$ ) et de présence ou non de consultations passées pour un problème émotionnel ( $\chi^2(1) = 1,05$ ,  $p = 0,306$ ). Notons toutefois que le nombre de participants (fréquences) dans chacun des groupes s'avère peu élevé, ce qui limite la validité de ces résultats (voir Tableau 8).



Tableau 8

*Moyennes, écarts-types et fréquences des mères présentant un maintien et un non-maintien des symptômes TAG-dépressifs élevés sur le plan des facteurs sociodémographiques et obstétriques rapportées*

Variable dépendante	Catégorie	Maintien (n = 14)		Non-maintien (n = 7)	
		M	ÉT	M	ÉT
Âge	-	30,43	5,26	31,29	5,22
Revenu	-	4,15	1,41	3,43	1,81
Fréquences					
Scolarité	Primaire, secondaire et collégial	6		3	
	Universitaire	8		4	
Avortement/Fausse couche	Oui	7		2	
	Non	7		5	
Césarienne	Oui	4		2	
	Non	10		4	
Consultation psychologique passée pour un problème émotionnel	Oui	9		6	
	Non	5		1	

## **Discussion**

Cette section revient sur les objectifs, hypothèses et principaux résultats de l'étude. Elle apporte des pistes d'explication bidirectionnelles des résultats obtenus et effectue des liens entre ces résultats et les écrits scientifiques. Elle aborde enfin les forces et les limites du travail réalisé, les retombés possibles et des pistes de recherches futures.

La présente étude visait à explorer des facteurs pouvant être associés à la présence de symptômes comorbides du TAG et de la Dépression élevés à huit semaines et six mois en post-partum. Pour ce faire, des comparaisons ont été réalisées entre des mères présentant des symptômes TAG et dépressifs élevés comorbides, des mères présentant seulement des symptômes TAG ou des symptômes dépressifs élevés et des mères présentant une absence de symptômes TAG et dépressifs élevés sur le plan de variables cognitives (II, ANP, ÉC), sociales (satisfaction conjugale, soutien de la famille et des amis, soutien du conjoint pour les soins du bébé, isolement social) et de caractéristiques individuelles (âge, revenu, niveau de scolarité, présence de fausse couche ou d'avortement, présence de césarienne et présence de consultation psychologique passée pour des difficultés émotionnelles).

Les résultats montrent que les mères rapportant à la fois des symptômes TAG et dépressifs élevés montrent, d'une part, des niveaux plus élevés d'intolérance à l'incertitude, d'attitude négative face aux problèmes, d'évitement cognitif et de

consultations psychologiques antérieures et, d'autre part, moins de soutien social perçu, en comparaison aux mères ayant une absence de symptômes TAG et dépressifs élevés aux deux temps de mesure. Des différences, allant dans le même sens, sont aussi observées en comparaison aux mères présentant seulement des symptômes TAG élevés ou seulement des symptômes dépressifs élevés. Le texte qui suit précise ces résultats obtenus et énonce certaines pistes d'explication des différences observées, et ce, en tenant compte des types de symptômes manifestés par les mères et de la nature de l'étude qui sous-tend la possibilité de liens bidirectionnels. Dans l'ensemble, ces résultats apportent des appuis à la plupart des hypothèses de l'étude postulant des différences sur le plan de ces variables pour les mères présentant à la fois des symptômes TAG et dépressifs élevés.

### **Symptômes TAG-dépressifs élevés et II, ANP et ÉC**

En ce qui a trait aux résultats spécifiques concernant l'II et ses manifestations, l'étude permet d'observer que les mères ayant des symptômes TAG et dépressifs élevés éprouvent de la difficulté à tolérer les situations incertaines de façon générale, c'est-à-dire, à considérer les situations incertaines plus intolérables, voire inacceptables. Elles surestiment aussi davantage la probabilité qu'un événement négatif survienne en présence d'incertitude, évitent davantage les situations incertaines et doutent davantage face aux événements incertains comparativement aux trois autres groupes de mères. Les mères ayant des symptômes comorbides ont aussi davantage tendance à aller chercher de la réassurance en présence d'incertitude que les mères ayant des symptômes dépressifs

seuls ou l'absence de symptôme TAG et dépressif élevé aux deux temps de mesure. Enfin, les mères ayant des symptômes comorbides ont davantage tendance à tenter de contrôler leur environnement et les autres lorsque confrontées à des situations incertaines comparativement aux mères ne présentant pas de symptôme TAG ou dépressif élevé. En plus de confirmer la première hypothèse de l'étude, ces résultats quant à l'II concordent avec ceux de l'étude de Dupuy et Ladouceur (2008), réalisé hors du contexte périnatal, soulignant que cette vulnérabilité psychologique face aux incertitudes est associée à la présence comorbide de TAG et de Dépression. Les résultats de la présente étude, en plus d'être spécifiques aux mères en post-partum, précisent de plus amples manifestations d'intolérance à l'incertitude pouvant distinguer les mères présentant les symptômes comorbides. La présente étude est aussi la première à évaluer le lien entre l'intolérance à l'incertitude avec la présence simultanée d'une tendance générale à considérer les incertitudes et de percevoir davantage les possibilités de conséquences négatives comme inacceptables, qui s'avèrent des manifestations associées aux symptômes TAG et à la Dépression.

Comme explication de lien significatif entre l'II et la présence de symptômes TAG-dépressifs comorbides, il est possible que l'intolérance à l'incertitude, qui apparaît se développer généralement tôt au cours de la vie (Duplessis & Gosselin, 2008), est associée à un schéma ou à des biais cognitifs concernant la façon de percevoir les incertitudes (Dugas et al., 2004). Ces biais ont pour effet d'altérer le raisonnement et les perceptions, ce qui peut mener, entre autres, à évaluer subjectivement plus de danger et

de possibilité d'imprévu face à une situation ambiguë. Ceci peut se traduire par une tendance à surestimer les probabilités qu'un événement incertain ou menaçant survienne. En présence de symptômes TAG et dépressifs élevés, la surestimation des incertitudes peut accentuer l'appréhension et le pessimisme face aux situations dont l'issue est incertaine et ainsi exacerber ces symptômes. Il est aussi possible que la présence simultanée des symptômes TAG-dépressifs élevés favorise une réponse d'hyperactivation supérieure face aux situations incertaines en comparaison avec ceux ayant des symptômes TAG ou dépressifs seuls.

Rappelons que le contexte périnatal prédispose l'individu à être confronté à de nombreux changements et à plusieurs situations nouvelles (p.ex., nouveaux rôles, tâches), ambiguës (p.ex., pleurs/besoins du bébé) ou incertaines (p.ex., possibilité d'une mauvaise adaptation du bébé, du parent, du couple, problème de santé ou de développement possible du bébé). La tendance à être intolérant face aux incertitudes pourrait alors être exacerbée ou encore l'individu pourrait, pour la première fois, être fragilisé ou envahi par des contenus cognitifs à caractère incertain. Ceci se manifesterait alors par diverses réactions comportementales (p.ex., éviter, contrôler, chercher de la réassurance), des biais cognitifs (p.ex., surestimer les risques), mais aussi par une activation émotionnelle (p.ex., anxiété, fatigue, atteinte de l'humeur) et cognitive (p.ex., inquiétude, rumination, doute). Conséquemment, l'individu peut y réagir en adoptant l'ÉC pour chasser les pensées à la base des émotions désagréables. Ce rationnel est cohérent avec des observations soulignant que le contexte périnatal est

particulièrement caractérisé par une forte activation cognitive en comparaison avec un contexte de non-périnatalité (Rosebrock, Hoxha, & Gollan, 2015).

De plus, comme le stipule le modèle empirique de Dugas et al. (1998), le fait d'être soumis constamment à une activation cognitive, comportementale et émotionnelle, caractérisée par une prédominance d'intolérance à l'incertitude, d'inquiétudes et d'anxiété, peut prédisposer l'individu à vivre un sentiment de démoralisation et d'épuisement. S'en suivraient alors davantage de symptômes dépressifs concomitants à l'activation anxieuse et une utilisation accrue de mécanismes visant à réduire l'inconfort, dont l'ÉC. Puisque l'ÉC est associé à une diminution momentanée de l'inconfort lié aux symptômes anxieux et dépressifs et qu'il permet de chasser les images des situations appréhendées (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998; Gosselin et al., 2006), les mères peuvent être enclines à utiliser de plus en plus ces stratégies d'évitement. Or, puisque l'ÉC empêche l'habituation aux émotions et aux images appréhendées, elle contribue indirectement à leur maintien plutôt qu'à l'adoption de stratégies plus efficaces pour réduire l'anxiété et les symptômes dépressifs (p.ex., résolution de problème, exploration du contenu des inquiétudes et exposition) (Gosselin et al., 2006).

Les nouvelles mères présentant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides pourraient aussi avoir des difficultés attentionnelles plus marquées en comparaison avec les autres groupes de mères. D'une part, davantage de difficultés attentionnelles sont

rapportées par les mères en contexte périnatal en comparaison avec des femmes qui ne sont pas enceintes ou en post-partum (Crawley, 2002). Par exemple, leur performance mnémonique et la vitesse de traitement de l'information apparaissent plus lentes. La concentration serait également plus difficile. Cette diminution des ressources attentionnelles, pouvant être associée au manque de sommeil, à la fatigue, à la surcharge, aux nombreux apprentissages à faire et à des changements hormonaux (Wenzel, 2011), pourrait alors conduire certaines mères à éprouver un faible sentiment de compétence parentale, à se critiquer davantage en cas d'erreur et à douter de plus en plus dans des situations impliquant un risque possible pour l'enfant ou pour elles-mêmes. En réaction aux affects en découlant (p.ex., anxiété, fatigue, changements d'humeur), les nouvelles mères pourraient développer des comportements qui deviendraient de plus en plus automatiques pour éliminer les risques possibles, comme l'évitement des incertitudes, le surcontrôle et la recherche de réassurance, créant un terrain fertile à la naissance de l'intolérance à l'incertitude, mais aussi à l'augmentation de la fatigue, de l'anxiété et de la démoralisation.

D'autre part, le TAG et la Dépression, de même que l'intolérance à l'incertitude, sont aussi associés à une diminution des ressources ou à des caractéristiques particulières sur le plan attentionnel. Par exemple, les personnes anxieuses et présentant de l'intolérance à l'incertitude encoderaient des informations de manière sélective; ils auraient davantage de souvenirs de stimuli incertains et auraient davantage tendance à interpréter les stimuli comme menaçants (Norwood et al., 2016). Macleod, Williams et



Bekarian (1991) ont aussi montré que les individus présentant un niveau élevé d'inquiétude, typique du TAG, ont plus tendance à penser à des conséquences négatives lorsque confrontés à des situations incertaines. Selon ces auteurs, l'accès mental à des raisons justifiant pourquoi une conséquence négative pourrait se produire comparativement à pourquoi elle ne pourrait pas, serait l'élément clé expliquant une vision encore plus pessimiste face aux situations incertaines. La recherche d'informations ou de réassurance, comme manifestation d'intolérance à l'incertitude qui contribue assurément à la création mentale de ces raisons, pourrait alors, en plus de prédisposer aux inquiétudes du TAG (c.-à-d., appréhension des conséquences négatives), prédisposer à une vision plus pessimiste typique de l'ANP et des symptômes dépressifs. De surcroît, Dugas et al. (2004) ont suggéré que l'II mènerait les individus à centrer davantage leur attention sur les aspects incertains d'un problème, ce qui favoriserait une interprétation plus menaçante. En d'autres mots, il est possible qu'en post-partum, l'II pousse les mères à orienter leur attention sur les aspects incertains des tâches à accomplir, ce qui favoriserait les inquiétudes et l'inaction.

Les symptômes dépressifs seraient aussi caractérisés par une attention centrée sur de l'information négative (Donaldson & Mathews, 2007). Ainsi, les mères présentant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides pourraient avoir des difficultés attentionnelles plus marquées en comparaison avec les autres groupes de mères. Cela pourrait potentialiser leur anxiété et leur inconfort dans diverses situations et les amener à douter davantage face à des situations incertaines, à les percevoir comme

inacceptables, à vouloir les éviter ou à vouloir y faire face avec plus de contrôle ou besoin de réassurance pour éviter de faire des erreurs. Tout ceci, dans un contexte déjà fragilisé par des atteintes cognitives liées à la période postnatale. Ces doutes pourraient favoriser le sentiment d'être moins en contrôle, des questionnements par rapport à la santé mentale (p.ex., sentiment de devenir folle), et des craintes/inquiétudes de ne pas pouvoir répondre aux demandes du bébé (Lynn-Barnes & Balber, 2007). Ils pourraient aussi accentuer les remises en question des compétences parentales et ainsi favoriser le développement de symptômes dépressifs, d'où la présence accrue de comorbidité sur le plan des symptômes TAG et dépressifs élevés.

La Dépression est aussi associée à un niveau élevé de culpabilité (Persons, Davidson, & Tompkins, 2001) pouvant conduire graduellement le nouveau parent, dans diverses étapes postnatales, à accumuler les blâmes envers lui-même. Les inquiétudes face aux risques possibles, ainsi que la culpabilité pourraient alors agir comme facteurs venant exacerber les mécanismes cognitifs comme l'II amenant à voir de plus en plus les incertitudes comme inacceptables dans le but d'éviter de faire des erreurs, mais aussi pour ne pas se sentir coupable ou se faire reprocher des choses. Cette exacerbation pourrait notamment expliquer la présence plus marquée des composantes cognitives en présence de symptômes TAG et dépressifs élevés comparativement à lorsqu'un seul type de symptôme est présent. La culpabilité pourrait d'ailleurs mener à une tendance plus marquée à l'évitement, tel qu'observé en Dépression (Hudson, 2018).

Concernant l'ANP, se traduisant par une tendance à adopter une attitude pessimiste face aux problèmes à résoudre et à la possibilité de trouver une solution acceptable, des rationnels similaires peuvent être apportés. La période postnatale représente une période chargée en défis, où le parent doit constamment s'adapter à de nouvelles situations (Wenzel, 2011). Or, l'ANP agit aussi comme une barrière à l'utilisation d'habiletés de résolution des problèmes (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). En d'autres mots, elle contribue au maintien des problèmes en place et à l'inaction de l'individu. Dans un contexte comme celui du post-partum, où les situations à résoudre se multiplient et où de nombreuses conséquences négatives sont possibles, notamment pour le bébé, l'ANP peut davantage contribuer au maintien et à l'exacerbation des inquiétudes découlant des problèmes non résolus (Gosselin et al., 2002) et des symptômes du TAG chez les nouvelles mères. Les difficultés attentionnelles décrites précédemment, liées à la période périnatale ou exacerbées par l'II, les symptômes TAG ou les symptômes dépressifs, peuvent aussi véritablement conduire le nouveau parent à faire davantage d'erreurs, à oublier des choses importantes ou à ne pas vouloir s'engager dans la résolution des problèmes ou dans des démarches d'adaptation. Cela peut alors confirmer les pensées négatives du parent selon lesquelles il n'est pas apte à résoudre ses problèmes par lui-même et engendrer des inquiétudes excessives ou consolider l'ANP.

D'autre part, Wilson, Bushnell, Rickwood, Caputi et Thomas (2011), ont observé un lien fort entre l'ANP et la présence de distorsion cognitive dépressive, notamment la conviction que le futur est connu d'avance ou qu'un désastre arrivera nécessairement.

Combinée à la fatigue et au manque de sommeil, l'ANP peut alors accélérer le processus de démoralisation et d'épuisement normalement associé aux inquiétudes excessives (Gosselin et al., 2006), superposant ainsi des symptômes dépressifs élevés à ceux du TAG élevés. Cette piste d'explication possible est notamment cohérente avec les travaux de Prenoveau et al. (2013) suggérant que le TAG en post-partum est un facteur de risque ultérieur de symptômes dépressifs chez les mères en post-partum. L'ANP deviendrait alors un facteur pouvant être lié à l'apparition de cette comorbidité et non seulement à la présence d'un TAG seul ou d'une Dépression seule. D'autres études, utilisant des protocoles de recherche plus rigoureux sont nécessaires pour approfondir cette hypothèse.

Par ailleurs, bien qu'étant deux construits distincts, l'attitude négative face aux problèmes est aussi liée à un faible sentiment d'efficacité personnelle général (Zumberg, Chang, & Sanna, 2008). Le sentiment d'efficacité personnelle du parent est défini par les attentes face à leurs habiletés à prendre soin de leur enfant efficacement (Jones & Prinz, 2005). Il influence ce que l'individu ressent et la façon dont il pense et se comporte (Bandura, 1993). Dans une période d'adaptation comme l'arrivée d'un nouvel enfant, l'ANP peut être prédicteur d'un plus faible sentiment d'efficacité personnelle général qui, à son tour, peut induire des sentiments de solitude, de culpabilité et de Dépression. Elle peut aussi affaiblir graduellement les habiletés sociales et engendrer l'évitement de situations interpersonnelles comportant des risques, tel qu'observé auprès d'une population adolescente par Parto (2011). Elle peut aussi être associée à plus de

symptômes de TAG, dont des inquiétudes face au fait d'être incapable de pouvoir faire face à une situation imprévue, de manquer de soutien en plus de doutes récurrents quant à leurs connaissances et capacités réelles. Encore une fois ici, les mères peuvent réagir à ces inquiétudes en faisant davantage d'ÉC, mais aussi en exprimant divers comportements pour réduire l'incertitude, dont le contrôle ou l'évitement complet de situation à risque pour le bébé ou la recherche de réassurance.

### **Symptômes TAG-dépressifs élevés et variables de soutien social**

Concernant les variables sociales, les résultats de la présente étude montrent que les mères ayant à la fois des symptômes TAG et dépressifs élevés rapportent moins de satisfaction conjugale en comparaison avec tous les autres groupes de mères à huit semaines en post-partum et en comparaison avec les mères affichant une absence de symptôme TAG ou dépressif élevé à six mois en post-partum. Elles rapporteraient aussi moins de soutien de leur famille et de leurs amis en comparaison avec les mères ayant des symptômes TAG élevé seulement à huit semaines postnatales ou l'absence de symptôme TAG ou dépressif élevé aux deux temps de mesure. Enfin, en ce qui a trait à l'isolement social, les mères ayant des symptômes comorbides élevés rapporteraient plus d'isolement que les mères ayant des symptômes dépressifs seuls à huit semaines en post-partum ou l'absence de symptôme TAG ou dépressif élevé aux deux temps de mesure. Ces résultats concordent avec l'hypothèse 2 de l'étude selon laquelle les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides perçoivent moins de satisfaction conjugale, moins de soutien de la part de leur famille et amis et davantage

d'isolement social, bien que davantage de différences sur certaines variables ou entre certains autres groupes étaient attendues.

Dans l'ensemble, ces résultats concordent avec les écrits scientifiques indiquant que l'anxiété ou la Dépression sont souvent associées à des difficultés dans la sphère relationnelle durant la grossesse et la période post-partum, particulièrement au sein de la relation conjugale (p.ex., Di Marco, Gambaro, Zeppegno, & Gramaglia, 2013; Wenzel, 2011). Ils concordent aussi avec les travaux soulignant que le soutien de la famille aiderait à la réduction du stress et à développer des compétences dans le nouveau rôle de parent (Clark, Young, & Dow, 2003). Puisque le TAG et la Dépression sont influencés par la présence de stressseurs, ce soutien perçu des proches pourrait agir comme facteur de protection aux symptômes TAG et dépressifs élevés (Falah-Hassani et al., 2016). Il serait notamment bénéfique aux mères présentant des fragilités quant à leur sentiment d'efficacité parentale (Buist et al., 2011). Le soutien et les encouragements de la part des proches favoriseraient ce sentiment d'efficacité, qui à son tour serait associé à une plus grande présence d'affects positifs (De Montigny & Lacharité, 2005; Rueger, Katz, Risser, & Lovejoy, 2011). En contrepartie, un faible soutien perçu pourrait être associé à plus d'inquiétudes, de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs élevés. Tel que discuté précédemment, les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés présenteraient un sentiment d'efficacité personnelle plus faible que les mères ayant des symptômes TAG ou dépressifs seuls; ainsi, le soutien social pourrait jouer un rôle plus critique pour celles ayant des symptômes comorbides.

La période de transition à la maternité est associée à des difficultés liées à l'identité personnelle, à l'autonomie et aux relations interpersonnelles (Mauthner, 1999). La Dépression, lorsqu'elle se présente de façon temporaire, serait considérée comme étant une réponse relativement normale impliquant des changements identitaires, quant à l'autonomie et à l'indépendance (Nicolson, 1999). Or, il est possible de croire que la présence surajoutée de préoccupations excessives typiques du TAG, notamment en lien avec les relations sociales, et aux perceptions d'échecs associées à l'autonomie, pourrait induire davantage de symptômes dépressifs menant à davantage d'insatisfaction quant au soutien social perçu, mais aussi à un plus grand isolement.

Il est aussi possible que cette insatisfaction envers le soutien social perçu, plus marqué chez les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés, découle d'une tendance à avoir un plus faible sentiment de compétence, tel qu'observé auprès de mères anxieuses (Guedes & Canavarro, 2015), que celles ayant des symptômes TAG seuls ou dépressifs seuls. Par exemple, les symptômes dépressifs en post-partum sont liés à des difficultés d'attachement maternel envers le bébé (Dubber, Reck, Muller, & Gawlik, 2015), ce qui peut occasionner des inquiétudes, de la culpabilité, de la honte. Un jugement négatif des mères sur elles-mêmes pourrait favoriser chez elles la présence de symptômes TAG, notamment des préoccupations que leur conjoint les quitte, qu'elles n'aient pas la force de s'occuper de leur bébé, qu'elles ne sachent pas quoi faire face à un problème, qu'elles se sentent coupables ou indignes, se fassent des reproches,

éprouvent des doutes envers leurs actions et aient des préoccupations envers leurs erreurs; ces sentiments pourraient les amener à avoir davantage tendance à s'isoler.

Les personnes dépressives ou vivant un sentiment de honte sont moins enclines à aller chercher l'aide de leurs proches, tel qu'observé auprès d'une population de proches aidants par Pierron-Robinet, Bonnet, Mariage et Puyraveau (2018). La baisse de l'activation comportementale est un phénomène reconnu de la Dépression (Persons et al., 2001). Combiné à l'ANP qui est fortement liée au TAG (Gosselin et al., 2002), ceci peut avoir pour effet un repliement sur soi, maintenant le pessimisme, le manque d'énergie ou la culpabilité. Les mères auraient alors encore moins tendance à aller chercher du soutien, ce qui pourrait augmenter leur isolement et leur sentiment de solitude, favorisant le développement de symptômes dépressifs (Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010). Il est possible que leurs proches confrontant moins leurs critiques rigides et leur sentiment de honte ou pouvant moins offrir du soutien pour les aider, elles seraient alors davantage à risque de développer des symptômes TAG et dépressifs élevés.

Des explications associées au contexte de maternité pourraient éclairer les différences spécifiques observées entre les groupes de mères à huit semaines, mais pas à six mois en post-partum quant au soutien social perçu. Il est possible qu'à huit semaines, les mères aient tendance à rester davantage à la maison au début de leur période de maternité étant donné la fragilité du bébé, la convalescence des mères et la fréquence



irrégulière des boires et des siestes. À six mois postnataux, les mères pourraient avoir tendance à recevoir des proches ou à sortir davantage avec leur bébé et ainsi bénéficier du contact avec leur famille et amis. Les relations soutenantes en contexte de maternité seraient bénéfiques pour la santé psychologique des mères, car les proches pourraient leur permettre d'avoir un espace pour s'exprimer, leur offrir du confort et de l'affection, tel que discuté par Lobel et ses collègues (2008).

Concernant plus spécifiquement la sphère conjugale, il est possible que les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides rapportent vivre davantage d'insatisfaction conjugale que les mères ayant une absence de symptôme TAG et dépressifs élevé étant donné des difficultés de communication plus marquées dans la relation. Les couples insatisfaits auraient tendance à communiquer moins efficacement, notamment dans des situations impliquant la résolution de problèmes ou de conflits (Gottman, Markman, & Notarius, 1977; Lavner, Karney, & Bradbury, 2016). Ces difficultés de communication pourraient faire en sorte que les besoins des mères soient exprimés moins clairement et soient moins répondus par leur partenaire, ce qui aurait pour impact de diminuer la satisfaction conjugale et de maintenir les problèmes en place. Les mères vivant de la difficulté à exprimer et à valider leurs sentiments et besoins en bénéficiant du soutien acceptant et non jugeant de leurs proches seraient davantage à risque de présenter des symptômes dépressifs (Mauthner, 1999). À l'opposé, les difficultés relationnelles pourraient mener à davantage d'inquiétudes, cette sphère s'ajoutant aux préoccupations du TAG. Les mères pourraient alors vivre davantage de

découragement face à diverses situations incertaines étant donné l'incertitude ou l'inquiétude face au soutien du conjoint. En lien avec cela, Zendjidjian et ses collègues (2012) montrent une baisse de la qualité de vie chez les partenaires de personnes souffrant de troubles affectifs, tels que l'anxiété et la Dépression. Les partenaires des mères présentant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides pourraient par ailleurs éprouver des difficultés à prendre soin de leur conjointe étant donné la présence de perceptions négatives et la recrudescence de symptômes anxieux et dépressifs. D'ailleurs, les symptômes dépressifs des mères sont un des principaux facteurs de risque de détresse ultérieure des nouveaux pères (Goodman, 2004).

### **Symptômes TAG-dépressifs élevés et facteurs sociodémographiques-obstétriques**

Les résultats quant aux facteurs sociodémographiques et obstétriques montrent que les mères ayant eu recours à des consultations psychologiques passées présentent davantage de symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides en comparaison aux autres groupes de mères à six mois en post-partum, ainsi qu'avec les mères ayant seulement des symptômes dépressifs élevés ou présentant une absence de symptôme TAG ou dépressif élevé à huit semaines en post-partum. Ces résultats concordent avec l'hypothèse 3 stipulant que la comorbidité serait liée à des différences sur le plan facteurs sociodémographiques et obstétriques.

Les résultats obtenus sont cohérents avec plusieurs écrits scientifiques montrant un lien entre les consultations psychologiques passées ou des troubles psychologiques

antérieures et la présence d'un trouble d'anxiété postnatal, tel que le TAG, et le trouble dépressif (Beck, 2001; Buist et al., 2011; Heron, O'Connor, Evans, Glover, & Golding, 2004; Milgrom et al., 2008; Wenzel et al., 2005). Il est possible que les individus ayant déjà consultés pour un trouble émotionnel présentent une plus grande vulnérabilité à développer éventuellement des symptômes TAG-dépressifs élevés en comparaison avec des symptômes TAG ou dépressifs seuls étant donné la présence de fragilités psychologiques plus marquées prédisposant leurs difficultés, tel que l'indique le modèle stress-diathèse (p.ex., Burns & Machin, 2013). Un historique personnel de consultation pour l'anxiété ou la Dépression pourrait signaler une vulnérabilité biologique ou psychologique qui est activée durant les moments de stress, tel qu'au moment de la naissance d'un bébé. De plus, avoir des antécédents de troubles anxieux et de Dépression pourrait indiquer une façon particulière de traiter l'information et de voir le monde qui est évoquée dans les situations stressantes. Dans le cas où cette façon de traiter l'information est maintenue dans le temps, il est possible que certains symptômes résiduels qui étaient présents lors d'une consultation psychologique passée se soient maintenus dans le temps et aient été exacerbés en symptômes comorbides en contexte d'ajustement en lien avec la maternité.

Les résultats n'ont pas montré de différence sur le plan de l'âge, du revenu, du niveau de scolarité ou de la présence antérieure d'avortement, de fausses couches ou de césariennes. Rappelons que les écrits scientifiques sont inconsistants à ce sujet. Quelques études concluent que ces facteurs ne seraient pas liés ou le seraient seulement

faiblement aux symptômes TAG et dépressifs en post-partum (Johnstone et al., 2001; Stewart et al., 2003). Les caractéristiques de l'échantillon peuvent aussi avoir influencés les résultats sur ces facteurs. La majorité des mères provenaient de milieux socio-économiques élevés et avaient un niveau de scolarité collégial ou supérieur. Puis, les échantillons de groupes de mères ayant eu une césarienne ou une fausse couche étaient inégaux. Il est possible que la taille des échantillons des groupes ainsi que la répartition des mères dans les groupes ne fussent pas suffisantes pour observer une différence significative.

### **Facteurs liés au maintien des symptômes TAG et dépressifs élevés**

La présente étude visait aussi à explorer si l'ensemble des facteurs discutés étaient associés au maintien des symptômes comorbides du TAG et de la Dépression en post-partum de la huitième semaine au 6<sup>e</sup> mois en post-partum. Dans l'ensemble, quelques résultats obtenus sont cohérents avec les hypothèses 4 à 6 formulées à l'effet que les mères présentant un maintien dans le temps de symptômes TAG et dépressifs élevés auraient des différences quant aux variables mesurées. En fait, les mères présentant toujours des symptômes comorbides élevés de la 8<sup>e</sup> semaine au 6<sup>e</sup> mois en post-partum, affichent des niveaux plus élevés d'II, d'évitement des situations incertaines, d'ANP, d'ÉC et d'isolement social, comparativement aux mères ne présentant pas de stabilité sur le plan de leurs symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides.

Plusieurs explications abordées précédemment pourraient aussi s'appliquer pour comprendre le lien entre l'II, dont la difficulté à tolérer les situations incertaines de façon générale et l'évitement des incertitudes, l'ANP, l'ÉC et le maintien des symptômes TAG-Dépression comorbide. Par exemple, conformément à l'hypothèse de Dugas et ses collègues (2004), il est possible que les biais cognitifs associés à l'II favorisent le développement de certaines croyances plus ancrées en lien avec les inquiétudes des mères, telles que « m'inquiéter me protège que quelque chose de mal se produise ». Ces croyances visant à diminuer l'incertitude qu'un événement négatif survienne, pourraient augmenter le sentiment d'utilité de s'inquiéter. Par ailleurs, comme souligné précédemment, l'II, l'ANP et l'ÉC sont trois vulnérabilités cognitives associées au maintien des inquiétudes excessives (Gosselin et al., 2006) et donc aussi à la démoralisation et à l'épuisement et aux autres manifestations dépressives associées.

L'II, l'évitement des incertitudes, l'ANP et l'ÉC sont tous associés à l'évitement émotionnel et situationnel. Les deux premiers sont liés à l'évitement des incertitudes, le deuxième à l'évitement des problèmes et au fait de s'engager dans une démarche de résolution et le dernier à l'évitement de pensées et d'image dérangeantes. L'évitement émotionnel résulte en une diminution de l'activation émotionnelle et physiologique, mais interfère toutefois avec le processus de gestion émotionnelle (Borkovec & Lyonfields, 1993; Borkovec et al., 1998). Étant donné cette diminution et la non occurrence de plusieurs conséquences appréhendées, l'évitement, mais aussi les symptômes des mères seraient maintenus par renforcement négatif (Fisher & Wells,

2009). Les mères pourraient aussi ressentir de l'impuissance en constatant que leurs problèmes à résoudre se maintiennent ou s'accumulent contribuant au maintien des symptômes anxieux et dépressifs élevés. De surcroît, la tendance à ruminer activerait continuellement les représentations mentales associées à des événements stressants au-delà de leur occurrence réelle, prolongeant leur effet (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006) en plus de favoriser le maintien d'un sentiment de désespoir, propre à la Dépression. S'en suivrait alors un plus grand isolement social, facteur aussi lié au maintien de la comorbidité dans cette étude.

Dupuy et Ladouceur (2008) ont déjà suggéré qu'il est possible que l'intolérance à l'incertitude soit davantage associée à la présence de comorbidité étant donné une position plus radicale de l'individu face aux incertitudes. Chez les mères, le maintien des symptômes élevés comorbides pourrait illustrer une rigidité sur le plan de la tolérance à l'incertitude et de l'évitement des incertitudes et, par conséquent, une généralisation de l'évitement et de la baisse d'activation comportementale typique de la Dépression. Mathews et Macleod (1994), basé sur leurs résultats et ceux d'autres auteurs, ont aussi émis l'hypothèse que des biais cognitifs supplémentaires peuvent émerger seulement à des niveaux plus élevés de dysfonction émotionnelle. En présence de stabilité sur le plan des symptômes comorbides, mais aussi de l'interférence associée, il est possible que les biais concernant l'incertitude ou d'autres facteurs non évalués dans cette étude s'accroissent.

Habituellement, l'adaptation post-partum dite « normale » est d'environ six mois suivant la présence d'un stressor, tel que la naissance d'un bébé (APA, 2013). L'utilisation de certaines stratégies de coping associées aux symptômes TAG-dépressifs favoriserait leur maintien.

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux mobilisés pour répondre à certaines demandes spécifiques (internes ou externes) perçues par l'individu comme excédant leurs ressources. Deux stratégies de coping sont relevées en périnatalité, soit le coping centré sur les émotions et centré sur le problème. Les mères utilisant un coping centré sur les émotions se traduisant par des comportements d'évitement, de passivité, de la distraction, du déni, du blâme et du désengagement seraient davantage à risque de maintenir leurs symptômes dépressifs (Honey et al., 2003a; Honey et al., 2003b; Gutiérrez-Zotes et al., 2016). Ceci expliquerait que la composante de l'évitement soit davantage présente chez les mères maintenant leurs symptômes TAG-dépressifs élevés. D'ailleurs, l'activation de l'II, de l'ANP et de l'ÉC dans les premiers mois de grossesse pourraient mener la mère à vivre de plus en plus de détresse et à ne pas s'habituer sainement aux différentes étapes de la périnatalité. Les vulnérabilités pourraient alors nuire à la diminution des symptômes en potentialisant davantage la fatigue et la diminution l'énergie du parent; la mère pourrait alors percevoir davantage les problèmes comme des menaces plutôt que des défis. Ceci aurait alors pour effet d'aggraver les symptômes et de maintenir les symptômes anxieux et dépressifs élevés en place.

L'II, l'ANP et l'ÉC, combinés aux symptômes, peuvent aussi limiter la recherche d'aide chez les mères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés, d'où un plus grand maintien des symptômes et une augmentation de l'isolement social. L'II peut notamment mener à plus d'inquiétudes face au processus de thérapie ou de ce qui pourrait être identifié comme une difficulté. À l'inverse, les symptômes TAG et dépressifs sont aussi associés à une diminution de la recherche d'aide chez les nouvelles mères. Elles intègrent et véhiculent des jugements prématurés ou erronés par rapport aux difficultés psychologiques post-natales et leur traitement (p.ex., avoir besoin d'aide veut dire être une mauvaise mère; la recherche d'aide peut conduire à un retrait des enfants ou à un signalement), tel que discuté par Beck (2001) et Dimidjian et Goodman (2009). Cela peut conduire à de la stigmatisation, soit un état dans lequel la nouvelle mère accepte les préjugés sociaux à propos d'une condition particulière, telle qu'un trouble de santé mentale, et les applique sur elle-même (Corrigan, 2005). En d'autres mots, plusieurs nouvelles mères intègrent la désapprobation sociale. Les mères ne ressentant pas de stigma auraient alors davantage tendance à consulter un professionnel de la santé mentale visant à soigner une Dépression post-partum en comparaison avec les mères percevant un stigma, tel qu'observé auprès d'une population comparant les femmes blanches et les femmes noires (Bodnar-Deren, 2017).

L'II, l'ANP et l'ÉC peuvent contribuer à engendrer davantage d'inquiétudes quant à ces stigmas. L'étude d'Ociskova, Prasko Kamaradova, Grambal et Sigmundova (2015) conclue que les symptômes anxieux et dépressifs se maintiennent chez certaines mères



qui présentent un sentiment de stigmatisation face à leur symptomatologie par certaines caractéristiques associées à ces symptômes, telles que la sensibilité au rejet. Les croyances en lien avec la stigmatisation les amèneraient à s'isoler (Hansson, 2017). Ceci pourrait notamment expliquer pourquoi des différences sont observées sur le plan de l'isolement et non sur le plan du soutien social perçu de la part des proches.

Par ailleurs, l'hypothèse six selon laquelle les mères présentant un maintien des symptômes TAG et dépressifs élevés entre la 8<sup>e</sup> semaine et le 6<sup>e</sup> mois en post-partum diffèrent sur le plan de l'âge, du revenu familial, du niveau de scolarité complété, de la présence de césarienne et d'avortement ou de fausse couche et de consultations psychologiques passées pour un problème émotionnel n'est pas supportée par les résultats obtenus. Les résultats obtenus ne permettent pas d'appuyer ceux de certaines études rapportées dans la méta-analyse de Stewart et ses collègues (2003). L'absence de différence sur ces facteurs en fonction du maintien de la comorbidité peut être attribuable à la période observée. Statistiques Canada (2018) souligne que les épisodes d'anxiété sont généralement chroniques, durant au moins six mois, soit la durée entre les deux temps de mesure de la présente étude. En ce sens, il est possible que les résultats ne permettent pas de conclure à des différences entre les deux groupes étant donné que le délai de six mois n'ait pas été suffisant pour témoigner d'une amélioration de ces symptômes. La taille des groupes peut aussi avoir limité les différences observées.

### **Forces et limites de l'étude**

La présente étude est la première à avoir tenté d'identifier des facteurs pouvant être associés à la présence de symptômes comorbides TAG dépressifs élevés. Elle a été réalisée auprès d'un grand nombre de mères primipares, ce qui favorise l'obtention de résultats plus représentatifs de l'ensemble des mères ayant un premier enfant. Tous les questionnaires utilisés étaient validés et présentaient de bonnes propriétés psychométriques. Les résultats ont été observés en considérant deux temps de mesures, ce qui permet de tenir compte d'au moins deux moments différents en période postnatale et aussi de tenir compte de l'évolution possible des symptômes, dans un contexte où certains phénomènes psychologiques peuvent être passager (p.ex., blues du post-partum, phase de lune de miel avec l'enfant). En somme, cette étude apporte un éclairage sur les facteurs principaux associés à la présence et au maintien de la comorbidité de symptômes TAG-dépressifs élevés en comparaison avec l'absence de symptômes élevés ou la présence de seulement l'un ou l'autre des types de symptômes élevés. Malgré les forces de l'étude, il importe d'énoncer certaines limites à considérer pour bien contextualiser les résultats et permettre d'envisager des pistes de recherche future.

La première limite concerne la nature corrélationnelle de l'étude. Bien que des hypothèses explicatives soient apportées pour discuter des résultats, il n'en demeure pas moins que les analyses effectuées ne peuvent permettre de conclure en la présence d'effets causaux d'une variable sur une autre. Des relations bidirectionnelles sont possibles et, comme discutés, d'autres facteurs peuvent aussi expliquer les résultats

observés. De plus, il est possible que les symptômes TAG et dépressifs, de même que les composantes cognitives ou sociales évaluées étaient déjà problématiques avant la naissance de l'enfant. Par conséquent, d'autres travaux sont nécessaires pour répliquer les résultats obtenus et préciser la nature des relations observées.

Soulignons aussi que la catégorisation des participantes sur le plan des symptômes TAG et dépressifs a été effectuée par questionnaire. Bien que Prénoveau (2013) rapporte que les questionnaires pour le TAG et la Dépression postnatale permettent d'établir des relations valides et similaires à celles observées en ayant recours à des entrevues diagnostiques semi-structurées en face à face, ceci a pu altérer la composition des groupes. L'évaluation par entrevue permet d'avoir accès à davantage d'information pour identifier les symptômes TAG et dépressifs élevés et de faire un meilleur diagnostic différentiel, ce qui n'a pas pu être fait dans la présente étude. Certaines mères auraient pu être catégorisées différemment quant à la présence de leurs symptômes évalués par questionnaire en comparaison à une entrevue clinique. Par exemple, il est possible que des mères aient rapporté des inquiétudes excessives par questionnaire, mais que ces inquiétudes soient davantage des thèmes obsessionnels sous-jacents au trouble obsessionnel-compulsif et non au TAG.

De plus, les groupes ont été divisés selon leur rang percentile aux questionnaires, et ce, pour favoriser un nombre de participantes adéquat dans chaque groupe. Ceci a possiblement eu un effet sur le degré d'intensité des symptômes et a aussi fait en sorte

que les scores critères utilisés à chacun des temps de mesure étaient différents. Ainsi, une certaine variabilité des scores était toujours possible dans l'étude du maintien des symptômes comorbides, même si, par exemple, une mère présentait toujours des résultats supérieurs au percentile fixé pour chaque temps de mesure. Cette division a toutefois permis d'inclure les mères ayant obtenu des scores plus élevés; les résultats sont donc basés sur des échantillons sensibles et peut-être plus représentatifs, c'est-à-dire pour qui le TAG ou la Dépression pourraient ne pas être confirmés, mais dont l'intensité et l'interférence des symptômes sont tout de même pertinentes à considérer. Malgré ce souci d'avoir des groupes de taille suffisante, certaines analyses de l'étude sont tout de même réalisées sur des sous-échantillons plus faibles, ce qui limite la généralisation des résultats (p.ex., analyse sur le maintien des symptômes en fonction des variables sociodémographiques).

Les temps de mesure, fixés à huit semaines et à six mois en post-partum, représentent aussi des fenêtres particulières de la réalité postnatale qui peuvent avoir influencé les résultats. Même si ceux-ci ont été fixés en considérant les études réalisées et en prenant soin de laisser passer les deux premiers mois post-accouchement, Statistiques Canada (2018) indique que les épisodes d'anxiété durent généralement au moins six mois. Il est ainsi possible que certains symptômes TAG se maintiennent dans le temps étant donné que le délai entre les deux temps de mesure n'a pas été suffisant pour que les mères présentent une amélioration de leurs symptômes. Prénoveau et al. (2013) soulignent pour leur part, qu'une fois installés, les symptômes TAG sont

généralement stables sur une durée d'au moins deux ans (temps maximal dans leur étude). La stabilité semble donc représenter une réalité clinique de ces troubles, plutôt qu'un artéfact méthodologique.

Certains aspects spécifiques au recrutement, tels que le fait d'avoir eu recours aux cours prénataux ont pu, d'une part, augmenter l'homogénéité de l'échantillon, mais d'autre part, diminuer la généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des mères en post-partum. Les femmes sélectionnées dans les cours prénataux pourraient être plus engagées dans la préparation à la naissance de leur bébé en comparaison avec celles n'y assistant pas. Les mères de l'étude sont aussi relativement jeunes, bien scolarisées, ont un revenu annuel aisé, n'ont pas de grossesse à risque et en sont à leur première grossesse. Ceci peut diminuer l'effet de certains facteurs liés à l'anxiété ou à la Dépression postnatale, mais limite la généralisation possible des résultats. Les pères sont aussi à risque pour ces symptômes (Claing et al., 2018), mais n'ont pas fait l'objet de la présente étude.

Enfin, précisons que, pour des raisons éthiques, les noms et coordonnées de ressources d'aide étaient remises aux mères, au besoin. Ceci visait à éviter que des mères dans le besoin ou affectées par les réponses aux questionnaires se retrouvent sans soutien. Il leur était donc possible de consulter en psychothérapie au courant de l'étude. Cet élément n'a toutefois pas été mesuré et contrôlé, ce qui peut avoir influencé les symptômes de certaines participantes. Toutefois, comme les taux de consultation des

mères en postpartum sont généralement très faibles (Henshaw, 2004), l'effet de ce choix méthodologique est probablement très limité.

### **Pertinence et retombées possibles de la recherche**

La présente étude contribue à une meilleure connaissance des facteurs liés à la présence de symptômes TAG-dépressifs comorbides en post-partum. Les résultats apportent entre autres un appui supplémentaire à certains modèles explicatifs du TAG et de la Dépression. Ils soutiennent notamment la pertinence des écrits théoriques de Dugas et ses collègues (1998) portant sur l'intolérance à l'incertitude, l'ANP et l'ÉC comme composante favorisant le développement et le maintien des symptômes TAG, mais aussi ceux de la Dépression. Il s'agit à notre connaissance de la première étude sur le sujet en période postnatale, ce qui répond à une recommandation de Prénoveau et de ses collègues (2013). Les résultats concordent aussi avec le modèle biopsychosocial (Ross, Sellers, Gilbert Evans, & Romach, 2004) en soulignant le risque plus marqué de présenter des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides chez les mères ayant un style cognitif dysfonctionnel (davantage d'II, d'ANP et d'ÉC), moins de satisfaction en lien avec le soutien social perçu (insatisfaction conjugale et des proches et isolement social) et des prédispositions biologiques ou atteintes affectives antérieures (davantage des consultations psychologiques passées). Des modèles théoriques et conceptuels plus complexes, regroupant plusieurs types de facteurs, pourraient être développés, puis testés, afin d'en arriver à des modèles sur lesquels les cliniciens et les chercheurs pourront s'appuyer pour des visées psychoéducatives, préventives et curatives.

Comme le souligne Wenzel (2005), de même que Prénoveau et al. (2013), bien que les troubles anxieux, notamment le TAG, et les troubles de l'humeur comorbides soient très répandus en période postnatale, encore très peu d'études ont exploré les facteurs qui y sont liés ou qui pourraient mener à un risque accru d'en présenter les symptômes. Notre recension des écrits nous amène de surcroît à conclure que ce constat est encore vrai aujourd'hui. Autre constat, les écrits rapportent entre autres que les facteurs biopsychosociaux jouent un rôle sur l'étiologie notamment de l'anxiété et de la Dépression en port-partum. Par ailleurs, un constat fût que ces écrits sont particulièrement divisés par secteurs de recherche (p.ex., soin infirmier, psychologie, service social). Plus précisément, en soin infirmier mentionnant plus spécifiquement le rôle des vulnérabilité biologiques et des facteurs obstétriques dans le développement de symptômes d'anxiété et de Dépression. Puis, en psychologie, les écrits abordent davantage l'importance des facteurs cognitifs dans le développement des symptômes anxio-dépressifs. Finalement, les écrits scientifiques en service social mettent davantage un accent sur le rôle du soutien social dans la présence de ces symptômes. Bien que, pour chacune des disciplines énoncées, cette division ne se limite pas exclusivement à ces éléments, une tendance s'observe.

L'observation de cette division dans les écrits scientifiques ainsi que les résultats de la présente étude appuient la pertinence de poursuivre l'examen des facteurs liés aux symptômes TAG et dépressifs post-partum à l'aide d'une perspective multidisciplinaire. Puisque les symptômes apparaissent liés à des facteurs cognitifs et

sociaux, mais aussi à l'isolement, à diverses modalités d'évitement (cognitif, des incertitudes, des problèmes, de la résolution de problèmes), cela en fait des cibles primordiales pour poursuivre les travaux visant une meilleure santé mentale des nouvelles mères.

Les résultats de cette étude, combinés à ceux d'études ultérieures, peuvent aussi apporter un appui quant aux aspects à considérer pour sensibiliser, prévenir et d'intervenir auprès des mères en post-partum. Entre autres, certains auteurs soulèvent l'utilisation de stratégies d'adaptation saines en contexte de maternité ayant un effet protecteur quant au développement de symptômes anxieux ou dépressifs, tels que percevoir les problèmes comme des défis, les résoudre de façon rationnelle ou les percevoir avec humour (DeTychey et al., 2004), avoir la capacité à tolérer les inconforts en faisant preuve de résilience, d'espoir et à aller chercher du soutien au besoin (Gutiérrez-Zotes et al., 2015).

Par exemple, puisque l'II, l'ANP et l'ÉC sont liés à l'intensité des symptômes TAG-dépressifs, mais aussi à leur maintien, le fait d'offrir de courts ateliers périnataux visant à informer les mères de l'influence possible de ces facteurs, mais aussi de leur rôle possible dans le développement de comportements sains à promouvoir en tant que futurs ou nouveaux parents pourrait être une piste intéressante pour les sensibiliser, mieux les outiller, tout en confrontant certains préjugés liés à la consultation ou à la recherche d'aide. Par exemple, plutôt que de chercher le réconfort ou d'éviter les



incertitudes pouvant maintenir les inquiétudes, chercher à graduellement tolérer les incertitudes et les risques possibles, en se fixant des objectifs hebdomadaires simples et concrets (p.ex., appeler quelqu'un pour avoir de l'aide, même si je risque de me sentir mal au début et de le voir comme un échec; me donner du temps seule non pas dans le but d'améliorer mon humeur et de me reposer, mais pour développer graduellement ma tolérance à l'incertitude lorsque le bébé est avec mon conjoint; communiquer avec mon conjoint sur l'II pour en faire un travail commun considérant que les pères vivent souvent aussi plusieurs questionnements sur leur sentiment de compétence; Claing et al., 2018). Bref, favoriser l'adaptation en mettant l'accent sur le développement de la tolérance à l'incertitude et de la réduction de l'ANP, plutôt que sur la réduction des symptômes anxieux ou dépressifs. Enfin, considérant plusieurs enjeux inhérents à l'utilisation de la pharmacothérapie dans la période périnatale (p.ex., pour l'allaitement du bébé, pour la mère qui en aurait besoin), la présente étude fournit aussi des cibles à explorer pour le développement ultérieur de traitements psychothérapeutiques des symptômes TAG-dépressifs élevés.

Gosselin et Favre (2018) ont notamment observé qu'une intervention cognitive-comportementale, ciblant l'II, l'ANP et l'ÉC de nouvelles mères ayant un TAG, permet d'éliminer le TAG, mais aussi de diminuer significativement les symptômes dépressifs. Ce type d'intervention pourrait être utilisé pour cibler la comorbidité TAG-Dépression et aider des mères présentant des altérations de fonctionnement plus sévères. D'autres recherches considérant les limites relevées

précédemment sont cependant nécessaires avant de concevoir trop rapidement ces interventions.

### **Pistes futures**

D'autres études pourraient bonifier la méthodologie utilisée, préciser le rôle unique des composantes sur les symptômes TAG-dépressifs élevés, ainsi que leur dynamique commune et généraliser les résultats à l'ensemble des mères ainsi qu'à d'autres populations.

Il serait notamment intéressant d'effectuer une étude similaire à l'aide d'une méthodologie utilisant des entrevues structurées ainsi que des accords interjuges, plutôt que seulement des questionnaires, afin de confirmer la condition comorbide des participantes. Cette étude pourrait de surcroît avoir une prise de mesure en cours de grossesse afin de permettre l'évaluation des variables (p.ex., cognitives, sociales) avant la phase d'adaptation suivant la naissance de l'enfant. Des temps de mesures plus éloignés de la période typique d'adaptation, soit après six mois en post-partum, pourraient permettre d'examiner les liens et effets à plus long terme afin de mieux comprendre l'évolution des symptômes comorbides ainsi que les facteurs associés. De plus, pour ne pas alourdir la méthodologie avec des entrevues structurées et apporter des premiers éléments de réponses à l'aide de questionnaires, les antécédents de diagnostics d'anxiété et de dépression n'ont pas été évalués. Il pourrait être intéressant de le faire dans une prochaine étude considérant que des auteurs ont précisé que ces antécédents

étaient liés à la présence d'anxiété ou de dépression postnatale (p.ex., Heron et al, 2004; Buist, 2011). Un défi pour ce type d'étude est la taille de l'échantillon à recruter. En ce sens, un partenariat avec les unités de services et de suivis usuels postnataux pourrait, en plus de permettre de rejoindre plus facilement les mères à risque, permettre de sensibiliser les intervenants à la comorbidité, mais aussi au TAG qui demeure souvent non détecté, bien que souvent responsable de l'apparition des symptômes dépressifs subséquents (Prenoveau et al., 2013). L'utilisation d'une approche multi-trait-multi-méthode visant à évaluer les variables explicatives (p.ex., observations et grilles d'auto-observations quotidiennes de l'II, tâches de résolution de problèmes pour l'ANP) pourrait permettre de maximiser la fiabilité des résultats.

Certains auteurs rapportent que les mères ayant une grossesse à risque seraient davantage susceptibles de développer des symptômes anxieux en périnatalité (p.ex., Geller, Kerns, & Klier, 2004; Ross, & McLean, 2006). Or, il est possible que les facteurs psychologiques explicatifs soient différents de ceux identifiés dans cette étude. Par ailleurs, plusieurs travaux montrent que des événements de vie stressants, comme ceux liés à une grossesse à risque (p.ex., peur intense de perdre un être cher accompagnée d'un sentiment d'impuissance et d'effroi), peuvent être liés à l'apparition du TAG ou de vulnérabilités psychologiques comme l'II (p.ex., McCulloch, 2010). En plus de permettre d'étudier spécifiquement cette population, le fait d'explorer les facteurs liés aux symptômes comorbides TAG-dépressifs chez les parents vivant une grossesse à risque pourrait permettre de mieux circonscrire les relations temporelles entre les

différents concepts étudiés et d'apporter des résultats plus fiables concernant leur rôle causal. Il serait aussi pertinent de tester des modèles explicatifs plus complexes impliquant des effets de modulation et de médiation (p.ex., vérifier l'effet du soutien conjugal sur les symptômes TAG-dépressifs, en considérant l'effet médiateur de l'II). Cela pourrait apporter un éclairage quant à la nature de la relation entre ces composantes. Les effets de modulation et de médiation visant à tester des modèles explicatifs plus complexes pourraient aussi inclure des facteurs spécifiques découlant des composantes cognitives et sociales abordées dans la présente étude (p. ex. les biais cognitifs, l'hyperactivation associée aux biais cognitifs, le sentiment d'efficacité personnelle et de stigmatisation et la communication dans le couple). Cela viserait à tester des hypothèses explicatives formulées et permettrait ultérieurement d'établir des cibles de traitement plus spécifiques.

Aussi, il serait intéressant d'effectuer une étude auprès des pères ayant des symptômes TAG-dépressifs élevés afin de généraliser l'étude à cette population et tenir compte de l'évaluation dyadique des variables (p.ex., la présence de symptômes TAG-dépressifs, mais aussi variables de soutien, perçu cette fois-ci par le conjoint). Wenzel (2011) souligne que les études chez les pères permettent entre autres d'étudier les manifestations de l'anxiété en périnatalité en ciblant des facteurs biologiques et psychologiques étant donné que ceux-ci ne présenteraient pas de changements hormonaux associés à la maternité en comparaison avec les mères.

## **Conclusion**

La présente étude visait à fournir des résultats préliminaires sur les facteurs associés à la présence et au maintien des symptômes TAG et dépressifs élevés comorbides en comparaison avec les symptômes TAG ou dépressifs seuls ou des symptômes TAG et dépressifs faibles, en période de post-partum.

Les résultats obtenus appuient le lien entre l'intolérance à l'incertitude, de la surestimation, du doute, de l'évitement des incertitudes, de l'attitude négative face aux problèmes, de l'évitement cognitif, de l'insatisfaction conjugale, du soutien perçu par la famille et les amis, de l'isolement social et de consultations psychologiques passées avec la présence de symptômes comorbides TAG-dépressifs élevés. De plus, l'intolérance à l'incertitude, l'évitement des incertitudes, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et l'isolement social sont davantage présents chez les mères ayant un maintien de leurs symptômes comorbides de huit semaines à six mois postnataux. Les pistes d'explications proposées mettent en lumière le rôle potentiel des biais cognitifs et du sentiment d'efficacité personnelle comme facteurs sous-jacents à la présence des composantes cognitives et sociales associées aux symptômes TAG et dépressifs élevés comorbides. Puis, leur chronicisation pourrait, entre autres, être accentuée par l'évitement et les jugements plus radicaux menant à une difficulté à chercher de l'aide. Ces résultats rejoignent les modèles explicatifs de la pathologie en post-partum.

Le modèle biopsychosocial (Ross et al., 2004) est d'ailleurs un des principaux modèles explicatifs proposés en contexte de périnatalité. Toutefois, ce modèle est habituellement associé à la pathologie de façon générale et d'autres études visant à bonifier la compréhension des aspects spécifiques à la période de périnatalité et à la comorbidité de symptômes TAG-dépressifs élevés seraient pertinentes (p. ex. la fatigue, les changements hormonaux propres à la maternité, l'adaptation face à un nouveau stressor présent de façon constante et dont les conséquences en situation d'impossibilité de répondre à la demande du bébé ont davantage d'implication affective que dans le cadre de l'adaptation à d'autres stressors).

En terminant, force est de constater que les écrits sur le post-partum portent principalement sur des aspects négatifs associés à cette période, tels que les difficultés en lien avec l'accouchement et l'ajustement ainsi que l'altération de la satisfaction conjugale. Par ailleurs, les mères ayant la capacité de faire face à cette nouvelle étape de vie se voient aussi l'opportunité de bâtir de la résilience leur permettant d'être davantage prêtes à faire face ultérieurement à d'autres stressors dans leur vie. Il est aussi tout de même fonctionnel jusqu'à un certain niveau de présenter de l'anxiété dans un contexte de nouveauté (Affonso, Liu-Chiang, & Mayberry, 1999) et, tel qu'évoqué précédemment, de la déprime associée aux changements identitaires (Mauther, 1999). Cette anxiété permet entre autres de se dépasser dans une situation et d'améliorer la performance et cette déprime permet la transition vers de nouveaux rôles à accomplir.

Il peut arriver en contexte de post-partum que les symptômes des mères soient minimisés ou exagérés; la présente étude apporte un éclairage aidant à cibler les composantes liées aux symptômes potentiellement associés au développement de symptômes TAG-dépressifs élevés. Cela peut apporter une aide afin de les discriminer des manifestations anxio-dépressives associées à l'adaptation normale à celles dysfonctionnelles en contexte de transition à la vie de parents. D'une part, cette distinction pourrait aider à ne pas pathologiser automatiquement les symptômes qui se présentent durant cette période de grands changements; ce qui pourrait même induire un sentiment de blâme chez certaines mères, tel que discuté par Oates (2002). D'autre part, elle pourrait favoriser l'offre de traitement aux mères dans le besoin afin de limiter la chronicisation des symptômes dans le temps.

Comme pistes d'interventions ou de traitements psychothérapeutiques, cette étude suggère que les mères présentant des symptômes TAG-dépressifs élevés comorbides apprennent à tolérer les incertitudes en acceptant les inconforts associés plutôt que d'y être intolérantes ou d'y répondre avec de l'ÉC, s'engager dans une résolution de problème adaptative, par exemple d'y répondre de façon rationnelle plutôt que passive ou impulsive, de voir les problèmes comme des défis plutôt que des menaces ou avec pessimisme. Plus spécifiquement, diverses cibles de traitement sont proposées afin à se rapprocher d'une acceptation, telles qu'identifier et confronter emphatiquement les biais cognitifs et attentionnels, augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et de compétence parentale afin de diminuer le sentiment de culpabilité et la



critique envers soi et rechercher du soutien chez leurs proches afin de remettre en question les stigmas ressentis ainsi qu'aller chercher de l'aide psychologique au besoin.

## Références

- Abidin, R. R. (1995). *The parenting stress index* (3e éd.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. *Advanced Nursing*, 49, 387–396.
- Affonso, D. D., Liu-Chiang, C.-Y. & Mayberry, L. J. (1999). Worry: conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International*, 20, 227-236.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2018). What Is Postpartum Depression? Depression During Pregnancy and after Childbirth. Repéré à <https://www.psychiatry.org/patients-families/postpartum-depression/what-is-postpartum-depression>.
- Aydin, N., Inandi, T., Yigit, A., & Hodoglugil, N. N. S. (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 483-486.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Barnett, B., Schaafsma, M. F., Guzman, A. M., & Parker, G. B. (1991). Maternal anxiety: 5-year review of an intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 423-438.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 117-125.
- Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151-156.

- Bigras, M., & Paquette, D. (2000). L'interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental: une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Maio-Ago, 16*, 91-102.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental* : Manuel francophone en complément à l'édition américaine. Toronto, Ontario: Multi-Health System.
- Bodnar-Deren, S., Benn, E. K. T., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2017). Stigma and postpartum Depression treatment acceptability among black and white women in the first six-months postpartum. *Maternal and Child Health Journal, 21*, 1457-1468.
- Borkovec, T. D., & Lyonfields, J. D. (1993). *Worry: Thought suppression of emotional processing*. Dans H. W., Krohne (Éds.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 101-118). Ashland, États-Unis: Hogrefe & Huber Publishers.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561-576.
- Boyce, P., Stubbs, J., & Todd, A. (1993). The Edinburgh postnatal depression scale: validation for an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27*, 472-476.
- Bremner, G., Slater, A., & Butterworth, G. (1997). *Infant Development: Recent Advances*. Hove, Royaume-Uni: Taylor and Francis.
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety, 25*, 1-8.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 113-124.
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 131*, 277-283.
- Burns, R. A., & Machin, M. A. (2013). Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. *Personality and Individuals Differences, 54*, 321-326.

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging, 25*, 453.
- Carpiniello, B., Pariante, C. M., Serri, F., Costa, G., & Carta, M. G. (1997). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 18*, 280-285.
- Chavis, L. (2016). Mothering and anxiety: Social support and competence as mitigating factors for first-time mothers. *Social Work in Health Care, 55*, 65-73.
- Clark, C., Young, M. S., & Dow, M. G. (2013). Can Strengthening Parenting Couples' Relationships Reduce At-Risk Parenting Attitudes? *The Family Journal, 21*, 306-312.
- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders, 188*, 60-67.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change*. Washington DC: American Psychological Association Press.
- Cox, J., Holden, J., & Savovsky, R. (1987). Detection of postnatal Depression. Development of the 10 items EPDS. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Crawley, R. (2002). Self-perception of cognitive changes during pregnancy and the early postpartum: salience and attentional effects. *Applied Cognitive Psychology, 16*, 617-633.
- De Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 387-396.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*, 485-493.
- Deschênes, S., & Dugas, M. (2013). Sudden gains in the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 805-811.
- DeTychey, C., Spitz, E., Briançon, S. (2005). Pre-and postnatal depression and coping: A comparative approach. *Journal of Affective Disorders, 85*, 323-326.

- Di Marco, S., Gambaro, E., Zeppegno, P., & Gramaglia, C. (2013). Postpartum Depression, anxiety and marital relationship: A pilot study. *European Psychiatry*, 28, 1.
- Dimidjian, S., & Goodman, S. (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 498-515.
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2664-2678.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 187-195.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). *The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance*. Dans R. G., Heimberg, C. L., Turk, & D. S., Mennin (Éds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M. J., & Francis, K. (2000). *Review of the Worry and Anxiety Questionnaire*. Dans: Maltby, J., Lewis, C. A. & Hill, A. P. (Éds.), *Commissioned reviews on 300 psychological tests*. Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Gosselin, P., Lachance, S., Ladouceur, R., & Provencher, M. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 11, 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dunkel Schetter, C. & Brooks, K. (2009). *The nature of social support*. Dans H. T., Reis, & S., Sprecher (Éds.), *Encyclopedia of human relationships* (pp. 514-517). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duplessis, E., & Gosselin, P. (2008, Mars). *Intolérance à l'incertitude et personnalité*. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie. Trois-Rivières, QC.

- Dupuy, J. B., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 505-514.
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. M. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 61-71.
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 60, 317-328.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 198, 142-147.
- Farr, S. L., Ko, J. Y., O'Hara, M. W., Burley, K., & Dietz, P. M. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, 23, 121-128.
- Field, A. (2013) (4e Éds.). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Londres, Angleterre: Sage.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features* (Vol. 1). Londres, Angleterre: Routledge.
- Francis, K., Dugas, M. J., & Ricard, N. C. (2016). An exploration of Intolerance of Uncertainty and memory bias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 68-74.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum Depression, its relationship to maternal postpartum Depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 26-35.

- Gosselin, P., & Favre, V. (2018). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum*. (Thèse de doctorat inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Gosselin, P., Cloutier, M., Vaillancourt, L., Lemay, M., Perron, G., & Ladouceur, R. (2006). Différences individuelles au niveau des croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Canadian journal of behavioural science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 38, 41.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 49-58.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15, 141-153.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Pelletier, O., Dugas, M., & Freeston, M. H. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Laverdière, A., Routhier, S., Tremblay-Picard, M., & Evers, A. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 511-520.
- Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 461-477.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric proprieties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Guedes, M., & Canavarro, M. C. (2015). Personal competencies, social resources, and psychosocial adjustment of primiparous women of advanced maternal age and their partners. *Infant Mental Health Journal*, 36, 506-521.



- Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., ... & Gratacós, M. (2016). Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 455-461.
- Hansson, L. (2017). *Mental health and stigma: Aspects of anti-stigma interventions*. Dans: Global mental health: Prevention and promotion. S., Bährer-Kohler, & F. J., Carod-Artal (Éds.) (pp.74-79). Cham: Springer.
- Henshaw, C. A. (2004). What do women think about treatments for postnatal Depression?. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8, 170-175.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Glover, V., & Golding, J. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Honey, K. L., Bennett, P., Morgan, M. (2003a). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 201-210.
- Honey, K. L., Morgan, M., Bennett, P. (2003b) A stress-coping transactional model of low mood following childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 129-43.
- Hudson, M. R. (2018). *Brooding, avoidance, and suppression as mechanisms linking shame-proneness with depressive symptoms*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Seattle Pacific, Seattle, Californie.
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16, 187-191.
- Johnstone, S. J., Morris-Yates, A. D., Boyce, P. M., Harris, M. G., & Hickey, A. R. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 69-74.
- Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Davalos, M., & Gómez, C. (2001). EEG during different emotions in 10-month-old infants of depressed mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 295-312.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.

- Kalomiris, A., & Kiel, E. (2016). Maternal anxiety and physiological reactivity as mechanisms to explain overprotective primiparous parenting behaviors. *Journal of Family Psychology*, 30, 791-801.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-on-set distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does Couples' Communication Predict Marital Satisfaction, or Does Marital Satisfaction Predict Communication? *Journal of Marriage and Family*, 78, 680-694.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation*. Dans W. D. Gentry (Éds.). *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York, NY: Guilford.
- Lederman, R. P., Weingarten, C. G., & Lederman, E. (1981). Postpartum Self-Evaluation Questionnaire: Measures of maternal adaptation. *Birth Defects: Original Article Series*, 17, 201-231.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., De Vincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27, 604.
- Lynn-Barnes, D., & Balber, L. G. (2007). *The journey to parenthood: myths, reality and what really matters*. New York, NY: Radcliffe Publishing.
- MacLeod, A. K., Williams, J. M., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of abnormal psychology*, 100, 478-486.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Mauthner, N. S. (1999). " Feeling low and feeling really bad about feeling low": Women's experiences of motherhood and postpartum Depression. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40, 143.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.

- McCulloch, M. (2010). *Lien entre les évènements potentiellement traumatiques, les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et les vulnérabilités cognitives*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157.
- National Institute of Mental Health. (2005). *Understanding postpartum Depression : common but treatable*. News in Health. Repéré à [newsinhealth.nih.gov/2005/december2005/docs/01features\\_02.htm](http://newsinhealth.nih.gov/2005/december2005/docs/01features_02.htm)
- Navarro, P., Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Aquado, J., Gelabert, E., & Martin-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth. Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109, 171-176.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40, 162.
- Norwood, E. (2016). *The effect of intolerance of uncertainty on attention biases as indicated by performance on the emotional stroop and dot-probe task*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Maryland, Maryland, Washington.
- Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Grambal, A., & Sigmundova, Z. (2015). Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1767.
- Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., ... & Ozaki, N. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 631-639.
- Ozbay, F., Southwick, S., Charney, D., Dimoulas, E., Johnson, D., & Morgan, C. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4, 35-40.
- Parker, G. (1993). *Parental Overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune and Stratton.
- Parto, M. (2011). Problem solving, self-efficacy, and mental health in adolescents: Assessing the mediating role of assertiveness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 644-648.

- Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pierron-Robinet, G., Bonnet, M., Mariage, A., & Puyraveau, M. (2018). Les incidences du sentiment de culpabilité sur la demande d'aide de l'aidant familial. *Annales Médico-psychologiques*, 176, 170-176.
- Porter, C., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Link to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Prenoveau, J., Stein, A., West, V., Cooper, P., Counsell, N., Craske, M., ... Davies, B. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, 30, 506-514.
- Provencher, M., Ladouceur, R., & Dugas, M. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *La revue canadienne de psychiatrie*, 51, 91-99.
- Oates, M. R. (2002). Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effect or developmental continuum? *The British Journal of Psychiatry*, 180, 478-479.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Robertson Blackmore, E., Tan, W., Côté-Arsenault, D., Evans, J., Glover, V., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal Depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 373-378.
- Rosebrock, L., Hoxha, D., & Gollan, J. (2015). Affective reactivity differences in pregnant and postpartum women. *Psychiatry Research*, 227, 179-184.
- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression*, 6, 1-14.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 457-466.

- Rueger, S. Y., Katz, R. L., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2011). Relations between parental affect and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Parenting: Science and Practice, 11*, 1-33.
- Statistiques Canada. (2018). *Troubles anxieux*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-fra.htm>
- Stein, A., Cortina-Borja, M., Counsell, N., Craske, M., Davies, B., Goodwin, J., ... Harvey, A. (2012). Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal Depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 795-809.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health.
- Sutter-Dallay, A. L., Verdoux, H., Giaconne-Marcésche, V., & Glatigny-Dallay, E. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry, 19*, 459-463.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. Dans M.S. Friedman. *The Handbook of Health Psychology* (pp.189-214). New York, NY: Oxford University Press.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*, 145-161.
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période prénatale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Webb, R., & Ayers, D. (2015) Cognitive biases in processing infant emotion by women with Depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in pregnancy or after birth: A systematic review. *Cognition and Emotion, 29*, 1278-1294.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thoughts suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5-13.

- Wenzel, A., & Stuart, S. C. (2011). *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders, 19*, 295-311.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 43-49.
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology, 25*, 375-383.
- Wilson, C. J., Bushnell, J. A., Rickwood, D. J., Caputi, P., & Thomas, S. J. (2011). The role of problem orientation and cognitive distortions in depression and anxiety interventions for young adults. *Advances in Mental Health, 10*, 52-61.
- Zendjidian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N., ... & Boyer, L. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 136*, 660-665.
- Zlochower, A. J., & Cohn, J. F. (1996). Vocal timing in face-to-face interaction of clinically depressed and nondepressed mothers and their 4-month-old infants. *Infant Behavior and Development, 19*, 371-374.
- Zumberg, K. M., Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2008). Does problem orientation involve more than generalized self-efficacy? Predicting psychological and physical functioning in college students. *Personality and Individual Differences, 45*, 328-332.

## **Appendice A**

Formulaire de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

### **Titre du projet**

Facteurs explicatifs de la présence simultanée de symptômes du trouble d'anxiété généralisée et de la Dépression chez les mères en post-partum.

### **Personnes responsables du projet**

#### **Responsable de l'étude :**

Stéphanie Lalande Charlebois, doctorante en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke  
([Stephanie.lalande.charlebois@usherbrooke.ca](mailto:Stephanie.lalande.charlebois@usherbrooke.ca))

#### **Sous la supervision de :**

Patrick Gosselin, Ph.D. psychologue-chercheur et professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke (819-821-8000 poste 63811).

### **Financement du projet de recherche**

La présente étude n'a pas reçue de financement.

### **Objectifs du projet**

Ce projet vise à mieux comprendre les liens entre différents facteurs psychologiques, sociaux et obstétricaux et la présence simultanée d'anxiété et de dépression en post-partum.

### **Raison et nature de la participation**

Vous êtes invité à participer à une étude en tant que personne ayant accouché d'un premier enfant. Votre participation implique la complétion de questionnaires, d'une durée d'environ 1 heure sur la plateforme Web SurveyMonkey. D'autres questionnaires vous seront envoyés au 6<sup>e</sup> mois et un an suivant votre accouchement, ceux-ci prennent aussi environ 1 heure à remplir. Il vous sera demandé de les remplir aussi sur SurveyMonkey. Si vous le souhaitez, il est aussi possible de remplir les questionnaires en format papier et de les retourner dans une enveloppe préaffranchie.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

La participation à cette étude vous permettra de bénéficier d'une meilleure connaissance de vous-même. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances.



### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander enregistrer vos réponses et poursuivre de remplir les questionnaires à un moment ultérieur qui vous conviendra.

Il se pourrait, lors de la complétion des questionnaires, que le fait de réfléchir à votre expérience vous amène à vivre des émotions inconfortables. Dans ce cas, nous pourrions vous fournir le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du support, si vous le souhaitez.

### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui ☐ Non ☐

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie.

### **Compensations financières**

Il n'y a pas de compensation financière dans la présente étude.

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, questionnaires et procédures que vous aurez à subir lors de ce projet, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont

participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Résultats de la recherche et publication**

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

### **Études ultérieures**

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche.

Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui ☐ Non ☐

### **Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche

### **Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_ (*nom en caractères d'imprimerie*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_\_

### **Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude**

Je, \_\_\_\_\_ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : \_\_\_\_\_

**Déclaration du responsable de l'obtention du consentement**

Je, \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 201\_.

Ce projet est approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (approbation # 2017-1536). Pour tout problème éthique, vous pouvez contacter M. Olivier Laverdière, président du comité, au 819 -821-8000 poste 65568 ou par courriel au Cer\_lsh@usherbrooke.ca.

**Appendice B**  
Questionnaires

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. ÂGE : \_\_\_\_\_ ans
2. EST-CE QU'IL S'AGIT DE VOTRE PREMIÈRE GROSSESSE? (EXCLUANT FAUSSES COUCHES OU AVORTEMENTS)  
☐ Oui  
☐ Non
3. NOMBRE D'ENFANT(S) À VOTRE CHARGE (ADOPTION, FAMILLE RECONSTITUÉE, TUTEUR, ETC.) :  
\_\_\_\_\_
4. ÉTAT CIVIL :  
☐ Mariée                                      ☐ Célibataire                                      ☐ Veuve  
☐ Union de fait                                      ☐ Divorcée/séparée
5. SCOLARITÉ (DERNIER NIVEAU COMPLÉTÉ) :  
☐ Primaire                                      ☐ Collégiale                                      ☐ Autre  
☐ Secondaire                                      ☐ Universitaire                                      précisez : \_\_\_\_\_
6. SITUATION FAMILIALE :  
☐ Famille monoparentale  
☐ Famille biparentale  
☐ Famille reconstituée
7. REVENU FAMILIAL BRUT (FACULTATIF) :  
☐ Moins de 20 000\$                                      ☐ 40 000\$ - 59 999\$                                      ☐ 80 000\$ - 99 999\$  
☐ 20 000\$ - 39 999\$                                      ☐ 60 000\$ - 79 999\$                                      ☐ 100 000\$ et plus
8. QUELLE EST VOTRE APPRÉCIATION DE VOTRE REVENU FAMILIAL ACTUEL?  
☐ Très peu satisfaite                                      ☐ Satisfaite  
☐ Peu satisfaite                                      ☐ Très satisfaite
9. PAR LE PASSÉ, AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL (MÉDECIN, PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE) POUR UN PROBLÈME ÉMOTIONNEL?  
☐ Oui  
☐ Non
10. UN DE VOS PROCHES (PARENTS, FRATRIE) A-T-IL DÉJÀ CONSULTÉ POUR UN PROBLÈME ÉMOTIONNEL?  
☐ Oui  
☐ Non
11. AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU UN AVORTEMENT OU UNE FAUSSE COUCHE?  
☐ Oui  
☐ Non

**12. AVEZ-VOUS ACCOUCHE PAR CÉSARIENNE?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété

**1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?**

- a) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

**2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? (Encerclez le chiffre)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement excessives				Modérément excessives				Complètement excessives

**3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais				1 jour sur 2				À tous les jours

**4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune difficulté				Difficulté modérée				Difficulté extrême

**5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se?**

**a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très
							sévèrement	

**b) Facilement fatigué-e**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très
							sévèrement	

**c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très
							sévèrement	

**d) Irritabilité**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très
							sévèrement	

**e) Tensions musculaires**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très
							sévèrement	

**f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément			sévèrement	Très

**6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc. ?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément			sévèrement	Très



### EPDS-M

Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en encerclant le chiffre qui semble mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire les 7 jours qui viennent de s'écouler) et donc ne pas seulement vous baser sur la journée d'aujourd'hui pour répondre aux questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER...

<p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aussi souvent que d'habitude .....0</li> <li>▪ Pas tout à fait autant .....1</li> <li>▪ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci .....2</li> <li>▪ Absolument pas .....3</li> </ul>	<p>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, la plupart du temps je me suis sentie incapable de faire face aux situations .....3</li> <li>▪ Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude .....2</li> <li>▪ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations ..... 1</li> <li>▪ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude ..... 0</li> </ul>
<p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autant que d'habitude .....0</li> <li>▪ Plutôt moins que d'habitude .....1</li> <li>▪ Vraiment moins que d'habitude .....2</li> <li>▪ Pratiquement pas .....3</li> </ul>	<p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, la plupart du temps .....3</li> <li>▪ Oui, parfois .....2</li> <li>▪ Pas très souvent .....1</li> <li>▪ Non, pas du tout ..... 0</li> </ul>
<p>3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, la plupart du temps .....3</li> <li>▪ Oui, parfois .....2</li> <li>▪ Pas très souvent .....1</li> <li>▪ Non, jamais .....0</li> </ul>	<p>8. Je me suis sentie si triste ou peu heureuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, la plupart du temps .....3</li> <li>▪ Oui, très souvent .....2</li> <li>▪ Pas très souvent .....1</li> <li>▪ Non, pas du tout .....0</li> </ul>

<p>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non, pas du tout ..... 0</li> <li>▪ Presque jamais ..... 1</li> <li>▪ Oui, parfois ..... 2</li> <li>▪ Oui, très souvent ..... 3</li> </ul>	<p>9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, la plupart du temps .....3</li> <li>▪ Oui, très souvent .....2</li> <li>▪ Seulement de temps en temps .....1</li> <li>▪ Non, jamais .....0</li> </ul>
<p>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, vraiment souvent .....3</li> <li>▪ Oui, parfois .....2</li> <li>▪ Non, pas très souvent .....1</li> <li>▪ Non, pas du tout .....0</li> </ul>	<p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui, très souvent .....3</li> <li>▪ Parfois .....2</li> <li>▪ Presque jamais .....1</li> <li>▪ Jamais .....0</li> </ul>

### III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
13. J'aimerais mieux savoir tout et tout de suite plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.	1	2	3	4	5

### III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertaine, j'ai besoin d'être rassurée par les autres.	1	2	3	4	5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertaine de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.	1	2	3	4	5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5

Suite page suivante



	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertaine de ce qui va se passer.				1 2 3 4 5	
16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.				1 2 3 4 5	
17. Les situations incertaines m'inquiètent.				1 2 3 4 5	
18. Lorsque je suis incertaine de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.				1 2 3 4 5	
19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.				1 2 3 4 5	
20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.				1 2 3 4 5	
21. Lorsque je suis incertaine, j'ai tendance à douter de mes capacités.				1 2 3 4 5	
22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.				1 2 3 4 5	
23. Lorsque je suis incertaine, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.				1 2 3 4 5	
24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.				1 2 3 4 5	
25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.				1 2 3 4 5	
26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.				1 2 3 4 5	
27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.				1 2 3 4 5	
28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.				1 2 3 4 5	
29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.				1 2 3 4 5	
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertaine de ce qui va se passer.				1 2 3 4 5	

### Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes

Les gens peuvent réagir de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confrontée à un problème. Écrivez le chiffre vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés.

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Extrêmement
correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant

- \_\_\_\_\_ 1. Je perçois les problèmes comme étant menaçant pour mon bien-être.
- \_\_\_\_\_ 2. Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.
- \_\_\_\_\_ 3. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.
- \_\_\_\_\_ 4. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.
- \_\_\_\_\_ 5. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.
- \_\_\_\_\_ 6. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.
- \_\_\_\_\_ 7. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.
- \_\_\_\_\_ 8. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.
- \_\_\_\_\_ 9. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.
- \_\_\_\_\_ 10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.
- \_\_\_\_\_ 11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.
- \_\_\_\_\_ 12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.



1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

14. \_\_\_\_ Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.
15. \_\_\_\_ Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.
16. \_\_\_\_ Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.
17. \_\_\_\_ Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.
18. \_\_\_\_ J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.
19. \_\_\_\_ Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).
20. \_\_\_\_ Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.
21. \_\_\_\_ Parfois, je me garde occupée seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.
22. \_\_\_\_ J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.
23. \_\_\_\_ J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête.
24. \_\_\_\_ Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement.
25. \_\_\_\_ Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.
-



### Questionnaire d'auto-évaluation de la période post-partum (QAEPP)

Les énoncés qui suivent ont été formulés par des mères de jeunes enfants. Faites la lecture de chacun de ces énoncés et choisissez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments en encerclant la lettre appropriée. L'usage du terme *conjoint* dans le présent document a été utilisé afin d'alléger le texte. Il désigne toute autre personne que vous ayant la charge de l'enfant.

1	2	3	4
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Je sais ce que mon bébé aime et ce qu'il n'aime pas.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Mon conjoint prend part aux soins à donner au bébé.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ça me dérange de me lever la nuit pour m'occuper du bébé.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mon conjoint est compréhensif (me calme) lorsque je m'énervé.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Le bébé est maintenant un fardeau financier pour nous.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. La naissance du bébé me donne un sentiment de réalisation personnelle.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Mon conjoint croit qu'il n'est pas responsable des soins à donner au bébé.                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Nous n'avons pas les moyens d'acheter tout ce dont nous avons besoin.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mon récent accouchement me rend fière de moi.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Je me sens proche de mon conjoint.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cela m'ennuie de m'occuper du bébé et de faire toujours les mêmes choses.                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Je ne suis pas certaine de pouvoir prendre les bonnes décisions pour mon bébé.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Mon conjoint s'implique le moins possible dans les soins à donner au bébé.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Lorsque mon bébé pleure, j'arrive à identifier ce qu'il veut.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. J'ai des parents et des amis qui me rassurent dans mon rôle de mère.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Mon conjoint passe du temps avec le bébé.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ma patience envers le bébé est limitée.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Je suis préoccupée à l'idée d'élever mon enfant dans le quartier où nous vivons.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Mes parents me critiquent sur ma façon d'être mère.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Je suis insatisfaite du temps libre qu'il me reste pour faire autre chose que les soins donnés au bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Mon conjoint devient agacé lorsque je lui demande de m'aider à m'occuper du bébé.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. J'aime prendre soin de mon bébé.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Je suis débordée par toutes ces responsabilités de mère.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Il est difficile de parler de mes problèmes avec mon conjoint.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Quand je donne le bain au bébé ou que je change sa couche, j'aimerais faire autre chose à la place.     | 1 | 2 | 3 | 4 |

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Très correspondant	4 Tout à fait correspondant
26. Je ne suis pas certaine d'être une bonne mère.	1	2	3	4
27. J'aimerais être une meilleure mère.	1	2	3	4
28. J'ai gardé de l'accouchement le souvenir d'un événement désagréable et effrayant.	1	2	3	4
29. Je peux parler avec quelques parents ou amis de mes préoccupations au sujet de mon rôle de mère.	1	2	3	4
30. Mon budget me permet d'avoir l'aide dont j'ai besoin pour les tâches ménagères ou autre chose.	1	2	3	4
31. Mon conjoint me fait des reproches sur notre vie conjugale.	1	2	3	4
32. Mon conjoint veut qu'on se partage les soins à donner au bébé.	1	2	3	4
33. Je suis contente d'avoir ce bébé à ce moment-ci.	1	2	3	4
34. Ça me dérange quand je dois continuellement interrompre mes activités pour répondre aux demandes du bébé.	1	2	3	4
35. Je suis préoccupé par l'idée d'assurer un revenu stable pour ma famille.	1	2	3	4
36. J'ai le sentiment de connaître mon bébé et de savoir ce qu'il faut faire pour lui.	1	2	3	4
37. Mon conjoint préfère être au travail ou à ses loisirs que d'être avec moi.	1	2	3	4
38. Mon conjoint se préoccupe de ce que je ressens.	1	2	3	4
39. Mon conjoint me fait sentir que je suis un fardeau pour lui.	1	2	3	4
40. J'ai des parents et amis qui m'encouragent à prendre soin du bébé à ma façon.	1	2	3	4
41. Je peux embaucher un(e) gardien(ne) d'enfant lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4
42. J'aime être une mère.	1	2	3	4
43. Lorsque je me sens triste ou déprimée mon conjoint me rassure.	1	2	3	4
44. Allaiter ou nourrir mon bébé est une source de satisfaction.	1	2	3	4
45. Mon conjoint et moi avons des difficultés conjugales.	1	2	3	4
46. Mes parents s'intéressent à mon bébé.	1	2	3	4
47. Le souvenir de la naissance du bébé me rend joyeuse.	1	2	3	4
48. J'ai l'impression que je me suis mal comportée face à la douleur ressentie lors de l'accouchement.	1	2	3	4
49. Je peux partager mes pensées et mes sentiments avec mon conjoint.	1	2	3	4
50. Je suis préoccupée par ma capacité de répondre aux besoins du bébé.	1	2	3	4
51. Nous avons suffisamment d'agent pour répondre à tous les besoins essentiels de notre famille.	1	2	3	4
52. Je ne sais pas comment prendre soin de mon bébé adéquatement.	1	2	3	4
53. Je joue avec le bébé entre les boires quand il est calme et réveillé.	1	2	3	4
54. Mon conjoint manifeste de l'intérêt pour le bébé.	1	2	3	4

	1	2	3	4
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
55. Les discussions que j'ai avec mon conjoint finissent en disputes.	1	2	3	4
56. Mon conjoint me laisse tomber lorsque j'ai besoin de lui.	1	2	3	4
57. Quand le bébé pleure, mon conjoint ne réagit pas.	1	2	3	4
58. Je regrette la façon dont j'ai composé avec l'accouchement.	1	2	3	4
59. J'ai confiance en mon jugement pour prendre les décisions relatives aux soins du bébé.	1	2	3	4
60. L'endroit où nous demeurons est trop petit pour nous tous.	1	2	3	4
61. La plupart du temps, je sais ce que mon bébé veut.	1	2	3	4
62. Je peux compter sur des parents et des amis pour me donner un coup de main avec le bébé quand c'est nécessaire.	1	2	3	4
63. Je ne suis pas certaine d'accorder suffisamment d'attention au bébé.	1	2	3	4
64. Je me sens écrasée par tout ce qu'on attend de moi comme mère.	1	2	3	4
65. Mon conjoint n'aime pas prendre soin du bébé.	1	2	3	4
66. Mes parents me donnent l'impression que je ne fais rien de bien.	1	2	3	4
67. En fin de compte, le travail et l'accouchement ont été une bonne expérience.	1	2	3	4
68. Je suis déçue de mon accouchement.	1	2	3	4
69. J'ai des parents et amis qui s'intéressent au bébé.	1	2	3	4
70. Je m'inquiète de notre capacité de nous arranger avec notre revenu actuel.	1	2	3	4
71. Mon conjoint aime prendre le bébé.	1	2	3	4
72. Mes parents pensent que je devrais mieux prendre soin du bébé.	1	2	3	4
73. Donner naissance à un enfant a été une source de satisfaction pour moi.	1	2	3	4
74. Mon conjoint évite de m'aider dans les soins à donner à l'enfant.	1	2	3	4
75. Je préférerais aller travailler ou étudier et que quelqu'un d'autre s'occupe du bébé.	1	2	3	4
76. Je ne suis pas certaine de savoir quoi faire pour mon bébé lorsqu'il pleure.	1	2	3	4
77. Mes parents semblent apprécier la manière dont je prends soin du bébé.	1	2	3	4
78. J'ai des parents et des amis qui pensent que je suis une bonne mère.	1	2	3	4
79. Je suis contente de la manière dont je me suis comportée pendant l'accouchement.	1	2	3	4
80. Mes parents manifestent peu d'intérêt pour le bébé.	1	2	3	4
81. Je suis confiante en ma situation financière pour les années à venir.	1	2	3	4
82. J'ai confiance en ma capacité de prendre soin de mon bébé.	1	2	3	4

### ISP

Ce questionnaire comprend 47 propositions. Lisez attentivement chaque proposition et encerclez la réponse qui décrit le mieux votre opinion en utilisant l'échelle de réponse. Lorsque vous ne trouvez pas de réponse qui convient exactement à ce que vous ressentez, choisissez celle qui s'approche le plus de vos sentiments. Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.

1. Lorsque mon enfant a quitté l'hôpital et qu'il est arrivé à la maison, j'avais des doutes en ce qui concerne mes compétences à titre de parent.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
2. Être un parent est plus difficile que je croyais.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
3. Je me trouve compétente et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
4. Je ne peux pas prendre de décisions sans demander conseil.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
5. J'aime être un parent.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
6. Depuis que je suis revenue de l'hôpital avec mon enfant, j'ai conclu que je ne suis pas capable de prendre soin de lui aussi bien que je le croyais. J'ai besoin d'aide.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
7. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper des tâches quotidiennes.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord

Pour la proposition 8 ci-dessous, choisir de 1 à 5.

8. Lorsque je me considère à titre de parent, je crois :

- 1) être capable de m'occuper de n'importe quoi qui peut se produire
- 2) être capable de m'occuper de la plupart des choses assez bien
- 3) avoir des doutes parfois, mais j'estime être capable de mener à bien la plupart des choses sans aucun problème
- 4) avoir certains doutes en ce qui concerne ma capacité à mener à bien des choses
- 5) ne pas être du tout capable de mener à bien des choses

Pour la proposition 9 ci-dessous, choisir de 1 à 5.

9. Je considère être :

- 1) un très bon parent
- 2) un meilleur parent que la moyenne
- 3) un aussi bon parent que la moyenne
- 4) une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent
- 5) pas très bon dans le rôle de parent

Pour la proposition 10 ci-dessous, choisir de 1 à 5.

10. À quel point est-il facile pour vous de comprendre ce que votre enfant veut ou a besoin?

- 1) très facile
- 2) facile
- 3) un peu difficile
- 4) cela est très difficile
- 5) habituellement je ne peux pas arriver à comprendre le problème

11. Cela prend beaucoup de temps aux parents avant de créer des rapports étroits et chaleureux avec leur enfant.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
12. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement, et cela m'ennuie.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
13. Lorsque j'étais jeune, je ne me suis jamais sentie à l'aise de tenir un enfant dans mes bras ou d'en prendre soin.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
14. Mon enfant sait que je suis sa mère et il désire ma présence plus que celle de n'importe qui d'autre.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord

15. Je passe la majeure partie de mes journées à faire des choses pour mon enfant.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
16. J'ai conclu que je sacrifie la majeure partie de mon temps à répondre aux besoins de mon enfant, plus que je n'aurais jamais cru.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
17. Je me sens très coincée par mes responsabilités de parents.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
18. J'ai souvent l'impression que les besoins de mon enfant contrôlent ma vie.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
19. Depuis que j'ai eu mon premier enfant, j'ai été dans l'impossibilité de faire des choses nouvelles et différentes.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
20. Depuis la naissance de mon premier enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que je peux faire les choses que j'aime.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
21. Il est difficile de trouver un endroit à la maison où je puisse être seule.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
22. Lorsque je pense à quelle sorte de parent je suis, je me sens souvent coupable ou mal à l'aise.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
23. Je suis mécontente du dernier vêtement que je me suis achetée.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord

24. Lorsque mon enfant s'agite trop, je me sens responsable, comme si j'avais fait quelque chose d'incorrect.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
25. J'ai souvent des remords causés par les sentiments que j'éprouve envers mon enfant.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
26. Il y a un bon nombre de choses qui m'ennuient en ce qui concerne ma vie.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
27. J'étais plus triste et plus dépressive que prévu après avoir quitté l'hôpital avec mon bébé.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
28. Je me sens en coupable lorsque je me mets en colère contre mon enfant et cela me tracasse.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
29. Un mois environ après mon accouchement, j'ai remarqué que je me sentais plus triste et plus dépressive que je m'y attendais.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
30. Depuis que nous avons eu notre enfant, mon conjoint (ou ami) ne m'a pas fourni autant d'aide et de support que je m'y attendais.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
31. La naissance de mon enfant m'a causé plus de problèmes que j'avais prévus dans ma relation avec mon conjoint (ami).	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
32. Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ami) et moi ne faisons plus autant de choses ensemble.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord

33. Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ami) et moi ne passons plus autant de temps en famille.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
34. Depuis la naissance de l'enfant, j'ai moins d'intérêt pour les rapports sexuels.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
35. La naissance de notre enfant semble avoir augmenté le nombre de problèmes que nous avons avec mes parents et mes beaux-parents.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
36. Avoir un enfant est beaucoup plus coûteux que j'avais prévu.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
37. Je me sens seule et sans amis.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
38. Lorsque je vais à une soirée, habituellement je ne m'attends pas à avoir du plaisir.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
39. Je ne suis plus autant intéressée aux gens comme j'avais l'habitude de l'être.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
40. J'ai souvent l'impression que les personnes de mon âge n'aiment pas particulièrement ma compagnie.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
41. Lorsque je me heurte à un problème en prenant soin de mon enfant, il y a un bon nombre de gens à qui je peux m'adresser pour avoir de l'aide ou un conseil.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord



42. Depuis la naissance de mon enfant, j'ai beaucoup moins l'occasion de rencontrer mes amis et de m'en faire de nouveaux.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
43. Depuis l'accouchement, j'ai été plus malade qu'à l'habitude ou j'ai eu plus de malaises et de douleurs que j'en ai normalement.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
44. Physiquement, je me sens bien la plupart du temps.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
45. La naissance de l'enfant a provoqué des changements dans mon sommeil.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
46. Je n'ai plus autant de plaisir qu'auparavant.	1 Profondément en désaccord	2 En désaccord	3 Pas certain	4 D'accord	5 Profondément d'accord
<p>Pour la proposition 47 ci-dessous, choisir de 1 à 4.</p> <p>47. Depuis l'arrivée de mon enfant :</p> <p>1) j'ai souvent été malade</p> <p>2) je ne me suis pas sentie aussi bien qu'à l'habitude</p> <p>3) je n'ai remarqué aucun changement pour ce qui est de ma santé</p> <p>4) je ne me suis jamais sentie aussi bien</p>					

## **Appendice C**

### Tableau 5

Tableau 5

*Comparaison des groupes de mères en fonction des mesures associées aux variables cognitives et au soutien social*

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
III-A	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	43,10	14,77					24	42,96	12,30				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	38,89	12,78					13	39,69	14,16				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	18	35,50	12,04			160		19	33,37	10,37			102	
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	86	26,17	8,10	24,36	3		0,001***	50	25,75	7,79	17,60	3		0,001***

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
III-B Surestimation	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	16,93	5,79					24	16,46	4,61				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	12,22	5,88					13	11,62	6,16				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	12,05	5,61	21,06	3	163	0,001***	19	10,89	4,53	17,34	3	102	0,001***
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	9,02	4,70					50	8,30	4,08				

Variable	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>

dépendante															
III-B Évitement	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	12,45	4,73						24	12,58	4,21			
	Symptômes TAG élevés seuls	18	9,89	3,48						13	9,15	3,44			
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	9,00	4,30	14,38	3	163	0,001***	19	9,26	3,45	17,88	3	102	0,001***
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	7,81	3,21						50	6,98	2,08			

Variable	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>

dépendante													
III-B Doute	Symptômes TAG-dépressifs élevés	42	16,71	5,10					24	16,13	4,39		
	Symptômes TAG élevés seuls	18	12,78	3,67					13	13,23	5,37		
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	12,37	4,19	29,60	3	163	0,001***	19	12,16	3,79	15,12	3 102 0,001***
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	9,76	3,27					50	9,54	3,50		

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>

III-B Contrôle	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	14,12	5,49					24	13,25	4,97				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	11,83	5,51					13	13,69	6,66				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	11,74	5,52	8,09	3	163	0,001***	19	10,89	4,34	4,81	3	102	0,004**
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	9,62	4,36					50	9,53	4,15				

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
III-B Réassurance	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	16,31	5,15	15,75	3	163	0,001***	24	14,96	4,60	9,35	3	102	0,001***

Symptômes TAG élevés seuls	18	14,28	4,28		13	13,46	4,27
Symptômes dépressifs élevés seuls	19	13,53	3,70		19	11,47	3,36
Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	11,10	3,64		50	10,48	2,84

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
QAP	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	31,64	10,44	35,29	3	162	0,001***	24	28,58	7,16	22,57	3	102	0,001***



Symptômes TAG élevés seuls	18	24,44	7,41						13	21,69	8,13					
Symptômes dépressifs élevés seuls	19	22,89	8,09						19	23,05	7,45					
Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	87	17,61	4,93						50	16,14	4,55					

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
QEC	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	58,10	18,04					23	57,13	13,73				
					19,79	3	163	0,001***				14,91	3	101	0,001***
	Symptômes TAG élevés seuls	18	41,67	11,54					13	39,62	9,48				

Symptômes dépressifs élevés seuls	19	46,63	13,11						19	49,77	14,99
Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	38,58	11,61						50	37,22	11,83

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
QAEPP Satisfaction conjugale	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	26,71	6,90					24	27,96	7,64				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	22,06	4,60	6,45	3	162	0,001***	13	25,92	5,91	5,71	3	102	0,001***
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	22,42	3,78					19	24,68	5,45				

Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	87	22,28	5,52	50	21,98	5,42
--	----	-------	------	----	-------	------

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
QAEPP Aide du conjoint	Symptômes TAG-dépressifs élevés	42	21,17	5,30					24	20,58	4,25				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	20,61	4,73					13	19,69	3,79				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	19,12	2,59	1,55	3	162	0,204	19	19,95	3,98	1,13	3	102	0,341
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	87	19,64	4,11					50	18,92	3,48				

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
QAEPP Soutien famille et amis	Symptômes TAG- dépressifs élevés	41	27,31	5,26					24	27,04	5,73				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	23,44	3,81					13	25,62	5,19				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	18	25,33	3,68	12,10	3	160	0,001***	19	25,89	4,56	5,76	3	102	0,001***
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	87	23,00	3,13					50	22,84	3,41				

Variable dépendante	Groupe	8 <sup>e</sup> semaine en post-partum							6 <sup>e</sup> mois en post-partum						
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>dl1</i>	<i>dl2</i>	<i>p</i>
ISP Isolement social	Symptômes TAG- dépressifs élevés	42	15,24	4,05					24	15,96	4,19				
	Symptômes TAG élevés seuls	18	14,28	4,08					13	13,46	3,80				
	Symptômes dépressifs élevés seuls	19	12,95	3,17	16,81	3	163	0,001***	19	13,84	4,14	9,51	3	101	0,001***
	Absence de symptôme TAG et dépressif élevé	88	10,76	2,97					49	11,06	3,44				

*Note.* III : Inventaire des inquiétudes et de l'anxiété; QAP : Questionnaire d'attitude envers les problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; QAEPP : Questionnaire d'auto-évaluation en post-partum; ISP : Indice de stress parental.

\**p* < 0,05. \*\* *p* < 0,01. \*\*\* *p* < 0,001.